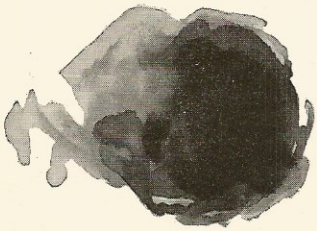
DR. A. CAYCEDO – FUNDADOR DE LA SOFROLOGIA

PROGRESOS EN SOFROLOGIA

ESPECIAL PARTICIPACION DE LOS PROFESORES:

DR. A. PEDRO PONS
PRESIDENTE DE
LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE BARCELONA

DR. RAMON SARRO
CATEDRATICO DE PSIQUIATRIA
DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE BARCELONA



COLABORAN LOS DRS:

U. ARIAS – L. BARRAQUER – F. CERVANTES – J.M. DEXEUS – J. DURAN – L. GARCIA VICENTE – A. ISASI
J. MASANA – S. MONTSERRAT ESTEVE – J. OBIOLS – F. PALLARDO – R. PUNCERNAU – A. REGO
G. TERUEL Y E. VALLEJO.

LA ACTUALIDAD DEL PENSAMIENTO SOFROLOGICO CON RELACION A LOS TEMAS SIGUIENTES:

LA RELAJACION DE SCHULTZ Y LA RELAJACION DINAMICA – LA CONCIENCIA
SUGESTION Y TERPNOS LOGOS – PARTO SIN DOLOR – GINECOLOGIA – ESTOMATOLOGIA
FARMACOLOGIA – MEDICINA GENERAL – NEUROLOGIA – PEDIATRIA – PSICOLOGIA ORIENTAL
CIBERNETICA – ESTRUCTURALISMO – TERAPIA CONDUCTISTA.

EDITORIAL SCIENTIA

PROGRESOS EN SOFROLOGIA

La Sofrología estudia, partiendo de modernas concepciones, los diferentes sistemas y métodos que pueden influir favorablemente sobre la conciencia. El Dr. Caycedo, su fundador, la define como una «Nueva Escuela Científica que estudia las modificaciones de la conciencia humana, producidas mediante diferentes procedimientos (psicológicos, fisiológicos, químicos, etc.), para su empleo en la clínica y en la investigación».

La Sofrología no acepta la terminología, desgastada y confusa, del Magnetisto y del Hipnotismo. Revisa los viejos conceptos, salvando el estudio de importantes fenómenos de la conciencia para la medicina contemporánea.

El Profesor A. PEDRO PONS escribe en el prólogo de este libro: «Al adentrarse hacia el nuevo sendero, es necesario colocarse si no en frente, sí al margen de las antiguas teorías de la Hipnosis... Dejando aparte discusiones bizantinas que abocarían a la negación y al confusionismo la Sofrología pretende, olvidando o evitando antiguas y periclitadas teorías sobre la Hipnosis, alzarse como una investigación nueva y original.»

El Profesor R. SARRO escribe en el epílogo: «Ha quedado demostrado por los brillantes resultados clínicos, principalmente en el campo de la Medicina Psicosomática, que las terapéuticas sofrológicas no solamente son indispensables para los psiquiatras y psicoterapeutas, sino para todos los médicos.»

En este libro publicamos una síntesis del pensamiento del Dr. Caycedo y el invaluable aporte de algunos destacados investigadores españoles sobre el tema, representantes de las más variadas especialidades.

Esta obra encierra una básica importancia para todos los médicos, odontólogos, psicólogos y demás especialistas que deseen conocer de forma sintética, las modernas perspectivas que, para el nuevo estudio de la conciencia humana, abre la Sofrología.

PROGRESOS EN SOFROLOGÍA

COLECCIÓN ENCICLOPEDIA SOFROLÓGICA

DIRIGIDA POR EL DR. ALFONSO CAYCEDO

DR. A. CAYCEDO

Fundador de la Sofrología
Profesor de la Escuela Profesional de Psiquiatría
de la Facultad de Medicina de Barcelona

PROGRESOS EN SOFROLOGÍA

PRÓLOGO
por el
Prof. Dr. A. PEDRO PONS
Presidente de la Real Academia de Medicina de Barcelona

EPÍLOGO
por el
Prof. Dr. R. SARRÓ
Catedrático de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona

Con la especial colaboración de los doctores
U. ARIAS, L. BARRAQUER, F. CERVANTES, J. M. DEXEUS, J. DURÁN, L. GARCÍA-VICENTE, A. ISASI, J. MASANA, S. MONTSERRAT-ESTEVE, J. OBIOLS, F. PALLARDO, R. PUNCERNAU, A. REGO, G. TERUEL, E. VALLEJO

EDITORIAL SCIENTIA
Barcelona

© Centro de Sofrología Médica de Barcelona
Copyright para España y países de lengua española
EDITORIAL SCIENTIA

Printed in Spain

Dep. Legal B. 11.260 - 1969

EMEGÉ. Londres, 98. Barcelona

Magia, Magnetismo, Hipnosis, Sofrología, son términos que trazan el camino por donde se han dirigido las investigaciones y los estudios acerca de la conciencia. Cada uno de estos vocablos señala una época y prepara la evolución a la siguiente.

A. PEDRO PONS

NOTA DE LOS EDITORES

La Editorial Scientia, haciéndose eco del gran interés despertado por los temas que trata la SOFROLOGÍA y dispuesta siempre a contribuir a la divulgación de los temas de mayor actualidad en Medicina y Psicología, ha decidido iniciar una Colección sobre temas sofrológicos.

La Colección ENCICLOPEDIA SOFROLÓGICA da comienzo con el presente libro. Aspiramos a continuar publicando en ella trabajos de los autores más representativos, tanto en los temas occidentales como orientales de la Sofrología.

Procurando mantenernos dentro de una línea de vanguardia, cuidaremos no obstante, de ofrecer solamente publicaciones que reúnan verdadero interés científico.

En este libro incluimos la mayor parte de las conferencias pronunciadas en el I Symposium Español sobre Adelantos en Sofrología, además de otros trabajos de interés sofrológico.

El esfuerzo de recolección, selección e impresión de los trabajos, realizado en un tiempo récord, explica las posibles imperfecciones y errores que se puedan encontrar en este libro. Por ello pedimos, tanto al lector como a quienes en él colaboran, no tener en cuenta dichas imperfecciones que serán corregidas en otra edición. Al adentrarse en el contenido esencial podrán, seguramente, valorar nuestro esfuerzo.

Agradecemos al doctor CAYCEDO su autorización para incluir una síntesis de sus trabajos, los cuales constituyen la columna vertebral de este libro, así como su aceptación para asesorarnos en la dirección de la ENCICLOPEDIA SOFROLÓGICA. Nadie mejor que él, como fundador de la Sofrología, para orientar nuestra labor.

Publicamos al final, en el capítulo de aproximación al pensamiento oriental, una carta al DALAI LAMA y la Introducción a la India de los Yoguis, pertenecientes a dos libros publicados por el doctor CAYCEDO en la India.

En ellas se ve la actitud que mantiene la Sofrología en el comienzo de su investigación frente a los sistemas del Yoga y el Zen. Como puede apreciarse,

no son pocas las dificultades que tuvo que vencer el Dr. CAYCEDO durante los años que permaneció en la India y el Japón, estudiando las formas de "contacto" entre la Sofrología y los sistemas psicológicos orientales.

La Sofrología ya está en marcha. Constituye un movimiento vigoroso en vías de expansión. Deseamos contribuir, a través de la Colección que inauguramos con este libro, al buen logro de las aspiraciones de esta Escuela Científica la cual, estamos seguros, está llamada a ocupar un lugar de importancia dentro de la medicina contemporánea.

EDITORIAL SCIENTIA

PROLOGO

POR EL PROFESOR

DR. A. PEDRO PONS

Presidente de la Real Academia de Medicina de Barcelona

La Sofrología

A. PEDRO PONS

Magia, Magnetismo, Hipnosis, Sofrología, son términos que trazan el camino por donde se han dirigido las investigaciones y los estudios acerca de la Conciencia. Cada uno de estos vocablos señala una época y prepara la evolución a la siguiente.

El Dr. Alfonso CAYCEDO intituyó en 1960 los estudios sobre Sofrología, después de una larga dedicación y experiencia acerca de la Hipnosis; las dudas y errores sobre la "amnesia" y la "catarsis" de los hipnotizados, llevaron a este observador, a nuevos conceptos y orientaciones cuyo contenido delimitó con el neogolismo de Sofrología, cuya raíz semántica hay que buscarla en el vocablo griego Sophrosyne de significado oscuro e impreciso; lo esencial está en que las antiguas prácticas hipnóticas y la nueva Sofrología revelan determinados estados de Conciencia.

Para adentrarse hacia el nuevo sendero es necesario colocarse si no enfrente, sí al margen de las antiguas teorías de la hipnosis y buscar nuevos senderos para un mejor conocimiento de los fenómenos de la conciencia; esto es lo que pretende la Sofrología, de intención más precisa que el término Sophrosyne de los griegos.

Dejando aparte discusiones bizantinas que abocarían a la negación y al confucionismo, la Sofrología pretende, olvidando o evitando antiguas y periclitadas teorías sobre la Hipnosis, alzarse como una investigación nueva y original dedicada a la busca de lo que puede ofrecer el estudio de los fenómenos psicológicos con el empleo de técnicas nuevas.

Es por el momento una promesa o, si se quiere, una aventura hacia los meandros ignorados de esta gran desconocida que es la Conciencia del Hombre.

No existe en realidad obra científica permisible en los días que corremos, que se limite a una sola persona por elevada que sea su formación.

Conciente con esta premisa CAYCEDO ha fundado en Barcelona, un equipo de investigadores con el mismo entusiasmo y finalidad de su creador.

En el momento actual no puede hablarse de improvisación, ni siquiera de balbuceos, pues desde algunos años CAYCEDO ha profesado con éxito cursos periódicos acerca esta nueva modalidad de estudios; el interés de los psiquiatras, internistas, odontólogos y otros profesionales, indica que el porvenir de estas investigaciones ha promovido un interés vivo y real en un amplio sector médico.

Como dice el autor, la Sofrología pretende incorporar los procedimientos, cualquiera que sea su naturaleza, destinados a un mayor conocimiento de los fenómenos de la conciencia. Alta y trascendente ambición a la que deseo el éxito que merece la disciplina y el entusiasmo de sus promotores.

Barcelona, febrero de 1969.

A. PEDRO PONS

I

INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO DE LA CONCIENCIA EN SOFROLOGÍA

Introducción a la Sofrología

Criterios actuales frente a los antiguos conceptos del Magnetismo y el Hipnotismo

A. CAYCEDO

Quisiera primeramente, en nombre de todos los Sofrólogos asistentes a este I SYMPOSIUM ESPAÑOL SOBRE ADELANTOS EN SOFROLOGÍA, presentar nuestros más vivos sentimientos de gratitud a los profesores AGUSTÍN PEDRO-PONS y RAMÓN SARRÓ por su participación a esta reunión científica.

La presencia aquí de estos grandes Maestros de la Medicina Española encierra para nosotros una profunda significación. Todos sabemos que el profesor PEDRO-PONS es hoy sin lugar a dudas la máxima figura de la Medicina Clínica de habla española y una de las primeras en el concierto científico internacional. Hablar de sus méritos, cargos y trabajos sería inoperante pues son conocidos por todos. Otro tanto sucede con el profesor SARRÓ cuyos méritos incalculables dentro de la psiquiatría contemporánea son reconocidos internacionalmente. Para ellos, nuestro reconocimiento sincero. Su participación en este Symposium es motivo de estímulo para nosotros y su presencia es la mejor recompensa para el trabajo desarrollado por la Escuela Sofrológica.

A título de introducción a los conceptos que defiende la Sofrología, he juzgado oportuno hacer algunos comentarios acerca de sus orígenes y evolución.

La Sofrología tuvo su punto de partida en las observaciones realizadas sobre fenómenos producidos mediante técnicas hipnóticas. Desde los comienzos de nuestra especialización en psiquiatría practicamos la hipnosis en el terreno experimental y en el clínico. Tuve el privilegio de realizar mi

formación en psiquiatría con el gran Maestro español profesor LÓPEZ IBOR, Catedrático de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Madrid, con quien trabajé durante varios años. Fue en su servicio del Hospital Provincial donde empezamos a practicar la hipnosis. En aquel entonces estas técnicas no se practicaban hospitalariamente en Madrid. Fundamos el primer Departamento de Hipnosis Clínica y Técnicas de Relajación, que más tarde se convertiría en el primer Departamento de Sofrología.

En el encuentro diario con los fenómenos obtenidos mediante la aplicación de los procedimientos de la hipnosis, poco a poco se iba a producir el conflicto entre los resultados clínicos por una parte, los fenómenos en sí mismos y los conceptos y teorías reinantes por otra.

En cuanto a los resultados clínicos y experimentales la situación era ampliamente alentadora. Los resultados positivos frente a determinados tipos de neurosis, la modificación favorable de algunos cuadros de la patología psicosomática, la potencialización farmacológica, etc., hablaban a favor de la importancia de los métodos.

Los fenómenos obtenidos demostraban que los procedimientos ejercían un efecto indiscutible, sobre la producción de mutaciones psicofísicas valederas no solamente en la terapia sino también en la investigación.

Los conceptos y teorías, sin embargo, presentaban una amalgama tal de afirmaciones contradictorias, algunas de ellas comúnmente aceptadas, que el conflicto se presentaba inevitablemente siempre que intentábamos fundamentar las observaciones clínicas dentro de las opiniones y conceptos aceptados y defendidos por escuelas tradicionalmente en disputa.

Posiblemente no exista en la historia de la psicología ningún tipo de fenómenos que haya sufrido tan variado acopio de interpretaciones. Desde la aproximación seria y científica, hasta las concepciones más pintorescas. Desde observaciones y trabajos realizados por Premios Nobel de la medicina, hasta panfletos de cine terrorífico y misteriosas apreciaciones emitidas por prácticos del escenario y charlatanes profesionales.

En el aspecto científico de la investigación íbamos también a tropezar con afirmaciones contradictorias. Por un lado los clínicos entusiastas que defendían su aplicación, por otro los que la contraindicaban taxativamente. Ponemos a título de ejemplo demostrativo los criterios de dos grandes psiquiatras que no se distinguieron precisamente por trabajos en estos temas, ALEXANDER y BUMKE. ALEXANDER reconoce la utilidad de la hipnosis hasta en casos de parkinsonismo. En su TRATADO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES dice: "Un ejemplo es el caso de parkinsonismo postencefalítico que ocurrió en un hombre, cuya personalidad y manifestaciones clínicas parecían estar libres de todo rasgo histérico. Sin embargo, fue posible crear un estado tal de estímulo y actividad por la fuerza de la sugestión bajo hipnosis, que el

paciente pudo caminar con movimientos rápidos y fáciles, indistinguibles para cualquier observador casual, de la marcha normal, o de una película tomada a una velocidad normal. No obstante, un registro de movimiento lento, reveló que la forma básica de su marcha seguía siendo la misma del rígido "steppage" parkinsoniano, que el paciente había mostrado antes de la hipnosis, excepto en que la velocidad y vigor más acentuados y el paso más largo, daban la ilusión de una marcha normal. Fue curioso también observar que junto con la mejoría de la marcha y la movilidad de las extremidades, reapareció temporalmente la animación de sus anteriores expresiones de máscara. El paciente pudo mantener esta mejoría en su desempeño durante dos o tres horas después de cada uno de los ocho tratamientos hipnóticos que se le hicieron en un período de dieciséis días."

Por su parte, BUMKE, en su libro *Nuevo Tratado de Enfermedades Mentales,* refiriéndose a la hipnosis afirma: "La hipnosis no es más que una forma de tratamiento en la que la acción sugestiva es ejercida del modo más concentrado, pero también en la forma más tosca. Yo empleo con frecuencia el hipnotismo, pero no recurro jamás a él de buen grado. Las personas un tanto nerviosas, de las cuales se puede esperar que sean susceptibles de vencer sus trastornos psicógenos por su propia energía, no deben ser hipnotizadas; de lo contrario, nos quedaría siempre la amarga impresión de haberles roto psíquicamente el espinazo. No se debe hipnotizar tampoco a los enfermos que de modo espontáneo e insistente reclaman esta clase de tratamiento y exceptuaremos de él, al mismo tiempo, los casos en que los enfermos hayan oído o leído demasiadas cosas acerca del hipnotismo, para que puedan entregarse a él de un modo suficientemente ingenuo y bien intencionado."

He querido mencionar estos dos ejemplos para subrayar una marcada actitud dentro de la psiquiatría clásica.

Otros psiquiatras clásicos, como LANGE, aproximan el concepto de la hipnosis a los estados patológicos de la conciencia; en su libro *Psiquiatría,* traducido al español por el profesor SARRÓ en 1942, escribe: "Próximo a los estados crepusculares histéricos, catatímicos, se halla el estado de la conciencia concéntricamente reducido de la hipnosis en el que sólo subsiste el "rapport" con el hipnotizador. Este representa el papel que en los estados histéricos corresponde al deseo y a la fantasía." Hay otro grupo de psiquiatras contemporáneos, acaso la mayoría, cuya actitud ha sido "neutra" y sus trabajos poco mencionan el tema de la hipnosis o lo eluden consciente o inconscientemente; existiendo los que abandonaron su práctica como el caso de FREUD.

No he querido, intencionadamente, entrar en la comparación de trabajos y teorías que acerca de la hipnosis, han realizado y adelantan diferentes es-

pecialistas, la inmensa mayoría de indiscutible honestidad científica, porque la problemática sería mayor. Todos ustedes conocen las diferentes escuelas, la gran cantidad de afirmaciones, los trabajos en distintas direcciones, las indicaciones y contraindicaciones, los diferentes "cuadros de profundidad", las generalizaciones que se han formulado, las técnicas más o menos rituales, etc. etc. Esta situación es causa de que cunda el desconcierto y sean muchos los que abandonen su práctica o estudio a pesar de su entusiasmo inicial.

Por otro lado, los vocablos se desgastan, como dice LÓPEZ IBOR, y la terminología de la hipnosis con mayor razón. Heredera del magnetismo, se fue llenando de contenido mágico del que han intentado liberarla serios e importantes investigadores. Hoy es muy difícil que un médico reciba con agrado el apelativo de "hipnotizador" aunque se le agrega el adjetivo "científico".

Esta era nuestra situación entonces. Nos encontrábamos ante la encrucijada da abandonar la práctica de los fenómenos y proseguir ejerciendo la psiquiatría clásica, o continuar "resistiendo" una situación a menudo intolerable.

Se fundó una Sociedad de Hipnosis Clínica en la que el entusiasmo inicial de un reducido grupo de integrantes se iba desvaneciendo poco a poco. Los motivos eran múltiples. No creo que la causa radicara exclusivamente en el desprestigio de la terminología, la razón principal estribaba en la falta de concordancia entre la realidad de los fenómenos y los conceptos generalizados acerca de éstos.

El concepto de "orden post-hipnótica" que ha jugado un papel tan importante para el desarrollo de serias teorías en relación con el inconsciente, no era comprobable. Solamente en excepcionales ocasiones el paciente no recordaba lo que se le había sugerido durante la hipnosis y, aun en estos casos, bastaba una simple insistencia para que recordara en estado vigil la sugerencia o la "orden" dada.

La anestesia obtenida durante la hipnosis y que para la mayoría de los autores era considerada como signo de "profundidad", no era constante. En muchos pacientes bastaban estados superficiales para lograr una anestesia incluso a nivel quirúrgico y en otros, aun durante estados muy "profundos", no era posible obtenerla.

Menciono solamente estos dos fenómenos, a título de ejemplo, para no extenderme en todo el polimorfismo vivencial y su imposibilidad de encuadre dentro de los intentos de clasificación realizados desde el siglo pasado.

Otro factor que dificultaba aún más la situación era la semántica relacionada con el sueño natural. Hace ya tiempo que se demostró la falta de

identidad entre la hipnosis y el sueño, fenómenos que, inclusive MONTSERRAT ESTEVE considera como opuestos. Sin embargo es muy corriente el uso, dentro de la hipnosis, de los términos "dormir" y "despertar". Esto ha sido la causa de que muchos pacientes no vuelvan a las consultas afirmando no haber sido hipnotizados y de que algunos hayan negado la existencia de los fenómenos.

Las definiciones conceptuales habían creado una imagen de la hipnosis completamente errónea. La amnesia era considerada por muchos "patognomónica" del estado hipnótico. La creencia generalizada de que la hipnosis es una "forma de sueño" ha motivado no pocos problemas a quienes la practican. Los pacientes suelen negar haber sido hipnotizados y afirman mentir al terapeuta por simpatía o "compasión", pues "después de tanto tiempo de repetir: duerma... duerma" seguían sintiendo los ruidos, etc. "Realmente" no dormían. En muchos de estos casos, sin embargo, es demostrable que en el sujeto sí se había modificado la conciencia. En realidad estaba "hipnotizado".

A esto se sumaba la aceptación, por la inmensa mayoría de los autores que tratan los temas de la hipnosis, de que ciertos fenómenos inhibitorios de los animales son también hipnóticos; opinión que personalmente no compartíamos.

Como puede verse, la Sofrología tiene sus orígenes dentro de la hipnosis, pero no dentro de los conceptos de la hipnosis sino dentro de la tremenda crisis de los conceptos de la hipnosis.

Una especial predilección por el estudio de la conciencia humana nos impidió abandonar la práctica de métodos que influenciaban directamente sobre ella, produciendo modificaciones de un valor incalculable para la investigación y que, por otra parte, demostraban, dentro de una indicación correcta, su valía indiscutible en el terreno de la terapéutica.

Inicialmente intentamos poner en marcha una revisión desde "dentro". Comenzando por la terminología, propusimos la abolición dentro de la clase médica, del término "hipnosis". Esta actitud estaba justificada por la situación crítica que venimos describiendo y es seguramente, la causa de muchas confusiones originarias de aquella época y que ahora intentamos aclarar. Para muchos de los que nos conocieron entonces, la Sofrología es solamente una nueva terminología propuesta para reemplazar la semántica gastada del "hipnotismo". Esto fue cierto tan sólo en un corto período.

El primer contacto en relación con la nueva terminología que hemos propuesto fue a través del vocablo "SOPHROPSYCHE" comentado por algunos autores como M. LOOSSLI-USTERI en sus trabajos sobre el test de RORSHACH.

LOOSSLI-USTERI siguiendo el criterio de BINDER utiliza el término "So-

phrosyche" para designar un sistema que regula la vida afectiva, eliminando las reacciones perjudiciales que entorpecen la buena marcha de los procesos intelectuales. Este sistema funcionaría automáticamente en los estados de madurez, sin que el individuo intervenga voluntariamente.

Para BRAUM, en cambio, la "Sophropsyche" constituiría una especie de supraestructura de la personalidad (psiquismo superior) donde los procesos psíquicos son experimentados de modo comprobado y gnóstico. Idea comparable al concepto de "persona cortical" de KRAUS.

La utilización del neologismo "sophropsyche" tiene sus orígenes en los procesos de "exumación" de los conceptos manejados en los tiempos de la Grecia clásica. En tal sentido, los estudios de LAIN ENTRALGO quien, con su documentación característica, describe el "epos griego" basándose principalmente en los trabajos de NILSON, DODDS, ONIANS y MOULINIER, fueron de gran utilidad para nosotros.

La "Sophrosyne", aparece dentro de la concepción griega clásica como un estado psicofísico especial, que podía ser producido mediante diferentes formas de acción verbal las cuales se clasificaban, durante la época platónica, en tres categorías: la plegaria, el ensalmo y el TERPNOS LOGOS; forma esta última menos mágica que las dos primeras.

Para los griegos, estas formas de acción verbal actuarían sobre el "TYMOS", o "costura" psicosomática, produciendo el estado de "SOFRON", la SOPHROSYNE, "situación" o fenómeno difícilmente definible, hasta el punto de que el mismo Platón (Cármides) pone en boca de Sócrates la frase siguiente: "Reconocemos nuestra incapacidad para describir lo que ha querido decir con la palabra SOPHROSYNE el legislador del lenguaje."

De estos conceptos nosotros derivamos el término SOFROLOGÍA que, en cualquier caso, nos pareció más apropiado que el de "hipnosis", "hipnotismo", etc. Lo propusimos en sustitución de esta terminología y comenzamos a utilizarla en 1960.

Sin embargo la revisión no se limitó simplemente al aspecto semántico del problema. Este era el primer paso. La Fenomenología concede una importancia extraordinaria a la pureza del lenguaje. El término SOFROLOGÍA propuesto por nosotros era, cuando menos, más puro que el de "hipnosis"; no obstante nuestra actitud al proponerlo no fue, ni es, rígida. Entonces formulamos un ruego a los filólogos, dispuestos a aceptar cualquier terminología más valedera que la propuesta por nosotros. Actualmente nuestra actitud continúa siendo la misma.

Ahora bien, estábamos conscientes de la importancia de los fenómenos que manejábamos, nos encontrábamos frente a modificaciones de la CONCIENCIA, el sector más importante del psiquismo. El haber propuesto una terminología nueva nos colocaba automáticamente en medio de la lucha dia-

léctica tradicional que ha caracterizado a estos fenómenos a través de toda su historia. La lucha para nosotros sería más difícil por dos razones: la primera, porque intentábamos introducir un elemento nuevo que podría ser interpretado como un ataque frontal, por la gran mayoría de los autores que habían realizado trabajos y publicaciones, utilizando la semántica no aceptada por nosotros. La segunda, porque al fin de cuentas, y de eso estábamos cada vez más convencidos, el nuevo vocablo en el caso de ser admitido, pronto cargaría con la problemática conceptual de la hipnosis, con su tradicional concierto de opiniones encontradas y con la fuerte dosis mágica que ella, a su vez, heredó del magnetismo y de los que no pudo liberarse.

Así las cosas, nos quedaba un tercer camino: romper con la tradición. Aproximarnos a los fenómenos de nuevo, a partir de cero. Los métodos DEDUCTIVOS e INDUCTIVOS, con sus sistemas estadísticos y su mundo teorético-conceptual, habían fallado en su intento de "fabricar" una ciencia con estos FENÓMENOS de la conciencia.

Por una curiosa paradoja la FENOMENOLOGÍA permanecía ausente del problema, lo cual no era extraño pues el pensamiento fenomenológico, de estilo Binswangeriano, no se caracteriza precisamente por su participación directa en controversias de este tipo. Muy pocos intentos de aproximación fenomenológica se habían realizado.

Nos decidimos, pues, a romper definitivamente con la tradición. Aunque volver a empezar representaba un trabajo inmenso, era menos angustiante hacerlo, que participar en una "lucha" por demás estéril.

Esta determinación produjo inmediatamente un CAMBIO DE ACTITUD en la aproximación a estos fenómenos especiales de la conciencia humana.

La Sofrología quedaba libre de compromisos. Esta nueva actitud bastó para que nos sintiésemos más próximos a la conciencia. Las MODIFICACIONES producidas en ella por diferentes procedimientos pasaban a primer plano; los PROCEDIMIENTOS pasaban a un segundo término.

La perspectiva aumentó inmediatamente. En la Sofrología se podían incorporar todos los procedimientos que influyeran sobre la conciencia, produciendo en ella modificaciones, a incluir y catalogar en un futuro estudio fenomenológico.

Habíamos propuesto la abolición de la terminología de la hipnosis del lenguaje médico porque los fenómenos que se venían llamando "hipnóticos" para "delimitar" un "sector" de la conciencia, frente a la nueva actitud, no podían reclamar fronteras independientes. La conciencia aparecía UNA e INDIVISIBLE como siempre había sido. Aparecía en el lugar que le corresponde: en las bases mismas de la existencia trascendental del hombre.

Ya no se trataba de "defender" una posición o "refutar" una tesis. El camino, aunque largo, estaba abierto y el trabajo podía comenzar.

No estamos ya en la época en que el trabajo de un hombre solo es suficiente, ante las inmensas perspectivas abiertas por las ciencias de "vanguardia". La Sofrología necesitaba de un equipo, de la formación de una ESCUELA DE INVESTIGACIÓN, integrada por científicos y clínicos de diferentes especialidades, interesados por el estudio de la conciencia humana. Este equipo de investigadores tendría que tener carácter internacional para que las observaciones no se limitaran a un sector reducido. Si todos trabajábamos en el mismo sentido, uniendo nuestras fuerzas y posibilidades, sumando observaciones hechas desde los más distintos ángulos, podríamos llegar un día a la creación de una nueva ciencia que aspire a cubrir un importante sector en los conocimientos sobre la conciencia humana.

No es nada fácil adquirir la categoría de "ciencia de la conciencia". Ninguna Escuela Científica puede improvisarse y mucho menos una CIENCIA.

Había que trazarse un programa fundamental para la formación de una verdadera Escuela Sofrológica que contribuyera al progreso de la investigación y al perfeccionamiento de los sistemas terapéuticos. Para los primero, la antorcha de la Fenomenología podía iluminarnos el camino; para lo segundo había de ser la experimentación y la rigurosa comprobación médicas las que clasificaran los resultados obtenidos.

El programa que nos trazamos, debía desarrollarse en tres tiempos: 1.º Etapa Fundacional; 2.º Etapa Estructural, y 3.º Etapa propiamente científica.

Emprendimos la primera etapa. La fundación de una verdadera escuela, hoy felizmente numerosa y extendida por varios países. En este período fundacional hemos empleado ocho años. Fueron ocho años de esfuerzo donde las dificultades no fueron pocas y donde la lucha fue dura con frecuencia; pero no fue una lucha estéril, fue una lucha llena de sentido como diría FRANKL. En ningún momento estuvimos solos. La sofrología inicialmente recibió el apoyo espiritual de nuestro Maestro en Psiquiatría, el profesor LÓPEZ IBOR a quien tanto debemos en nuestra formación profesional y humana. Luego tuvo acogida favorable en el gran Maestro de la psiquiatría fenomenológica, Dr. LUDWIG BINSWANGER, en Suiza, y recibió la savia joven y dinámica de colegas, médicos, odontólogos y psicólogos que trabajaron con nosotros, en diferentes países, y sin cuya intervención no hubiese sido posible la creación de la Escuela Sofrológica.

En honor a la verdad de su corta historia, la Sofrología debe reconocer el papel decisivo que han jugado los odontólogos en su fundación. Han sido ellos sus grandes difusores y no deja de ser demostrativo que una escuela que investiga la conciencia humana, haya tenido su inmediata aceptación por una de las especialidades más prácticas.

En España, por ejemplo, los pioneros de la Sofrología y a cuyo tra-

bajo debemos la posibilidad de celebrar este I Symposium a nivel nacional, han sido los Dres. ARIAS BLANCO, GARCÍA VICENTE, MACORRA, SOL y SALAGARAY de Madrid; A. ISASI y E. ISASI, VEHI, SUROS y FORNS de Barcelona y LÓPEZ MALLA de Valencia, todos ellos odontólogos, quienes desde 1961 emprendieron con nosotros la fundación de la Sofrología en España. Durante este tiempo se han sumado centenares de especialistas españoles a la Escuela Sofrológica (representando casi todas las ramas clínicas) cuyos nombres sería interminable mencionar aquí. Sin embargo, merecen especial mención los doctores BENITO QUINTELA, COTERÓN, CHICOTE, DURÁN, GARCÍA ANDRADE, LARREA, LERMA, RIVERO, SANCHÍS, etc. de Madrid; LOZANO, SÁNCHEZ BARRANCO, etc. de Sevilla; BARTOLÍN y PALLARDO, etc. de Valencia; GARCÉS de Málaga; MARTÍN de Zaragoza; GUIMON de Bilbao; ARAGÜES y ESCUDERO de Burgos, etc. etc.

Es curioso remarcar cómo en la Sofrología de habla francesa, que hoy es la más numerosa de los países europeos, también han sido los odontólogos quienes más contribuyeron al período fundacional. Los doctores ABREZOL de Lausana, CHERCHEVE de París y DUMONT de Ginebra, difusores de primera hora de los conceptos sofrológicos en los países de lengua francesa, también son odontólogos. Lo mismo ha sucedido en Italia donde los doctores STRINI y ARNAO también son odontólogos.

El gran mérito de estos sofrólogos estriba en que no se han limitado a la difusión de la Sofrología dentro de su especialidad, ellos han atraído la atención de otras especialidades médicas y hoy la Sofrología cuenta con psiquiatras, ginecólogos, pediatras, neurólogos, internistas, etc. de primera fila como los que intervienen en el presente Symposium.

Cuando se nombra a los compañeros de fundación, no podemos omitir los nombres de GUBEL de Buenos Aires, que introdujo la Sofrología en Latino América y de ERICKSON de los Estados Uidos quienes, siendo las figuras más representativas dentro de las escuelas de hipnosis científica de los hemisferios americanos, también desde un comienzo, aceptaron las ideas sofrológicas. Ellos han confirmado su participación activa en el I Congreso Mundial de Sofrología, que se celebrará en el Palacio de las Naciones de Barcelona del 2 a 5 de octubre de 1970.

A riesgo de hacer demasiado extensa esta lista, hemos de mencionar los nombres de los sofrólogos colombianos TRIANA ORTEGA, E. CAYCEDO, nuestro hermano y C. GONZÁLEZ de Bogotá, F. GONZÁLEZ de Cali, B. RÍOS de Medellín y N. MUÑOZ de Barranquilla; GARFINKEL y HOGG de la Argentina, ARELLANO de Venezuela, J. RODRÍGUEZ de Costa Rica, VARANDANI de la India, IKEMI del Japón. En Francia NOIR, MOTTE, de París, LLOPIS de Hendaya, CALAMARO de Niza, BERRANGER y PEAULT de Tolouse, BOURDEL de Bayonne, ROGET de Suiza, etc. etc.

Todos ellos cuentan con un equipo numeroso de colaboradores que integran Sociedades o Grupos de Investigación Sofrológica.

Como puede verse, hoy los sofrólogos podemos presentar un primer trabajo. La primera parte del programa está cumplida. Ya existe la Escuela Sofrológica que, en general, mantiene una misma actitud ideológica, una misma terminología y un mismo espíritu de honestidad en el trabajo y en la investigación clínica.

Ahora estamos en el período de estructuración que ha de preparar el período de producción científica.

Lo más destacable hasta ahora en la presente etapa de estructuración, lo constituye el hecho de que la Sofrología ha sido incorporada como tema de estudio a la Facultad de Medicina de Barcelona, donde la explicamos en la Escuela Profesional de Psiquiatría, gracias a la determinación del Profesor SARRÓ cuyo nombre ya está unido a la Escuela Sofrológica. Fue él quién, por vez primera, elevó la Sofrología a nivel Universitario.

Estábamos terminando de escribir estas líneas, cuando recibimos carta del Profesor SCHULTZ de Berlín quien a pesar de sus 85 años confirma su asistencia al I Congreso Mundial de Sofrología programado para el año próximo en Barcelona en los días ya mencionados. Para entonces el Profesor SCHULTZ tendrá 87 años. Pienso que la noticia bien merece ser incluida en esta comunicación. Sobre la importancia que esto representa para la Sofrología, huelga todo comentario.

Después de esta somera exposición, creemos que la definición actual de la realidad Sofrológica, se deduce lógicamente: "La Sofrología es una nueva Escuela Científica que estudia las modificaciones de la conciencia humana, producidas mediante diferentes procedimientos (psicológicos, fisiológicos, químicos, etc.), para su empleo en la clínica y en la investigación".

La bibliografía correspondiente a todos los trabajos del DR. CAYCEDO incluidos en esta obra, se publica al final del libro.

Breve reseña histórica de la Sofrología en España

Su desarrollo como Escuela Científica

A. ISASI

Suele ser muy frecuente, acaso demasiado frecuente, el hecho de que muchos confundan la historia de la Sofrología con la historia de la hipnosis.

La Escuela Sofrológica tiene ciertamente su punto de partida en los fenómenos que han venido designándose impropiamente desde el siglo pasado en Occidente, con el nombre de "hipnosis" y que antes fueron bautizados con el nombre de "magnetismo". No es éste el lugar para estudiar los motivos que causaron el descrédito de estos dos vocablos; por otra parte la Sofrología tampoco trata de enfrentar modernas concepciones con criterios que históricamente han tenido vigencia en su momento. El magnetismo fue un hecho histórico típico y característico de la época de MESMER; por su parte el hipnotismo, su inmediato sucesor, aparece en el siglo XIX cumpliendo un papel histórico innegable, conocido por todos.

La Sofrología como el Psicoanálisis y como la inmensa mayoría de las técnicas psicoterapéuticas occidentales, dio sus primeros pasos dentro de la hipnosis. Sin embargo, a nadie se le ha ocurrido escribir la historia del Psicoanálisis confundiéndole con la historia de la hinopsis, acaso porque FREUD se apartó radicalmente de las técnicas de inducción conocidas entonces y negó luego todo parentesco con la fuente de origen.

No ha sucedido lo mismo con la Sofrología. CAYCEDO, su fundador, en ningún momento ha negado el origen e íntimo parentesco de la Sofrología con los fenómenos conocidos como hipnóticos. Posiblemente por esta ra-

zón y a causa de que hasta la fecha son muy pocas las publicaciones sobre el tema, todavía muchos se limitan a transformar simplemente la terminología de la hipnosis en la terminología sofrológica produciendo la natural confusión. También es ésta la causa, a mi juicio, de que todavía sean numerosos los sofrólogos que al hablar de la historia de la Sofrología, la confundan con los tópicos del hipnotismo, del magnetismo, etc. Aún es más, no es infrecuente encontrar algunas publicaciones recientes donde los autores con indudable buena voluntad, transforman directamente la terminología utilizada en trabajos sobre hipnosis clásica al lenguaje sofrológico, aunque aquellos trabajos hayan sido escritos con anterioridad al nacimiento de la Sofrología. Con ello la confusión es mayor y se justifica a quienes afirman que la Sofrología no es más que un cambio de nombre del hipnotismo.

Por ejemplo, existen publicaciones en que los autores llegan a escribir frases como esta: *las ideas de Pavlov sobre la Sofrosis.* Nada más equivocado; ni la Sofrología existía en la época de PAVLOV ni la Sofrología acepta el término de "sofrosis". Se da el caso, por demás curioso de quienes titulas *Teorías "actuales" acerca del estado sofrónico,* la descripción de las teorías más comunes sobre la hipnosis, limitándose a suplantar la terminología del hipnotismo por la Sofrología; por ejemplo "sofrosis" en vez de hipnosis, "autosofrosis" en vez de autohipnosis (el término "autosofrosis" tampoco es aceptado en Sofrología), etc. sin tener presente que estas teorías pertenecen exclusivamente a la hipnosis y que sus autores vivieron, en su mayoría, antes que la aparición de la Sofrología. Es de esperar por el bien de la Escuela Sofrológica, que esta situación sea corregida.

Creo que ha llegado el momento de aclarar este mal entendido. La Sofrología como dice ARIAS BLANCO, nace a la historia de la medicina en el momento actual, pues jamás como tal ha sido estructurada (1). Si bien el concepto griego de *Sophrosyne,* originario del pensamiento de CAYCEDO, se remonta a la época platónica, y aún antes, ha sido tan sólo ahora que la palabra *Sofrología* y sus derivados han sido propuestos para designar una nueva escuela científica para el estudio de la conciencia humana, dentro de una concepción profundamente original. El término Sofrología es original del Dr. A. CAYCEDO así como la fundación y orientación de la Escuela Sofrológica que tanta fuerza está tomando en la actualidad. CAYCEDO, en la búsqueda de una nueva terminología que permitiese abordar los especiales fenómenos de la conciencia, de una manera libre de tópicos y estigmas históricos, se aproximó al *Sophrosyne* de la Grecia de Platón, a través de investigaciones históricas de LAIN, BOYANCE, FLASCHAR, MOULINIER, FESTUGIERE, etc.

En el V Congreso Internacional de Psicoterapia Médica, celebrado en Viena del 21 al 26 de agosto de 1961, CAYCEDO en su comunicación ti-

tulada "Hacia un Estudio Fenomenológico de la Hipnosis Clínica, las Técnicas de Relajación y Estados Afines", afirmó "Promulgamos la abolición de la palabra «Hipnosis» de la terminología médica, no solamente por considerarla impropia para estos fenómenos, sino porque la misma palabra es, de por sí, portadora de una serie considerable de reacciones emocionales contradictorias que dificultan, no sólo la terapéutica, sino el método y forma de acción del médico, quien se ve obligado a luchar contra la dosis de misterio y magia que de suyo esa denominación entraña. Hemos adoptado el nombre de Sofrología, en lugar de hipnosis y de estado sofrónico en lugar de estado hipnótico, por considerarlos más fieles a la realidad y más significativos" (2).

El 15 de junio del mismo año, en una conferencia pronunciada en el Colegio de Odontólogos de Madrid, CAYCEDO afirmaba: "La Sofrología Médica sería una escuela nueva y joven que agruparía no solamente los llamados fenómenos hipnóticos, sino las técnicas de relajación, la hipnosis activa fraccionada de KRETSCHMER, entrenamiento autógeno de SCHULTZ, técnicas de JACOBSON, CHERTOCK, etc. Así como todos los estados afines, tales como estadíos yogas, trances mediúmicos, éxtasis naturales, etc., en los que existe, a nuestro entender, un profundo común denominador fenomenológico" (3).

Estas dos citas demuestran claramente que la Sofrología desde sus mismos orígenes fue tratada con líneas precisas, a las cuales ha permanecido siempre fiel.

Siempre apasionado por los fenómenos especiales de la conciencia, CAYCEDO se inició en la hipnosis clínica más pura, como lo demuestran sus repetidos viajes a Nancy, Francia, donde contactó con el Dr. André CUVELIER, discípulo de COUE, considerado entonces el único continuador de la clásica Escuela Hipnológica de BERNHEIN y LIEBAULT. Tradujo al castellano la Tesis Doctoral de CUVELIER titulada *L'ecole Hypnologique de Nancy*. Existe un testimonio interesante de aquella época presofrónica. Lo constituye una carta escrita por el Dr. CAYCEDO a quien después habría de ser su entrañable amigo, el Dr. GUBEL de Buenos Aires, y quien habría de introducir más tarde la Sofrología en Latino-América, fechada en Nancy el 22 de diciembre de 1959. Le felicita por la publicación del primer número de la revista Latino-Americana de Hipnosis Clínica fundada por el Dfi GUBEL en la Argentina. En la que luego CAYCEDO comenta: "En España existe actualmente un vivo interés hacia las nuevas concepciones y técnicas hipnóticas y bajo el invaluable apoyo de mi maestro, el profesor LÓPEZ IBOR, dicho movimiento va tomando forma no sólo dentro del campo de la aplicación clínica sino en lo investigativo y conceptual" (4). Esta carta fue publicada en el segundo número de dicha revista.

El Dr. CAYCEDO realizó su formación psiquiátrica con el eminente psiquiatra español profesor LÓPEZ IBOR, Catedrático de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Madrid, con quien trabajó durante varios años; más tarde habría de perfeccionar sus estudios con el Dr. Ludwig BINSWANGER en Suiza. En 1959 funda en Madrid la Sociedad Española de Hipnosis Clínica y Experimental, que se convertiría más tarde en la primera Sociedad de Sofrología.

Es en la segunda mitad del año 1960 cuando podemos fijar la fundación de la Escuela Sofrológica. "Dentro del seno de la Sociedad Española de Hipnosis Clínica y Experimental —escribe CAYCEDO entonces— se ha constituido un centro de investigaciones de Sofrología Médica, con representantes de distintas especialidades en el saber médico: Psiquiatras, odontólogos, pediatras, ginecólogos, etc" (3). Al mismo tiempo se funda en el Servicio de Neuropsiquiatría del profesor LÓPEZ IBOR en el Hospital Provincial de Madrid, el primer departamento de SOFROLOGÍA MÉDICA, dirigido por el Dr. CAYCEDO, quien con un reducido grupo de colaboradores continúa el trabajo de experimentación.

Recordando la época de experimentación en Hipnosis clásica en Madrid, el 28 de septiembre de 1968 CAYCEDO se pregunta en el II Congreso Francés de Sofrología celebrado en Versalles: ¿Nos encontrábamos frente a un mito? ¿Los fenómenos habían cambiado con los años?", y afirma: "El hecho real es que las fronteras descritas y clasificadas por los hipnotizadores clásicos no resistían un estudio fenomenológico y caían como un castillo de cartas. El *país de las maravillas* construido por la fantasía y montado sobre un mito histórico, dejaba al descubierto el sector más importante del psiquismo humano: la conciencia" (5).

Fueron largos y extensos los trabajos de comprobación que se realizaron empleando las distintas técnicas de hipnosis ante muy diversas afecciones psiquiátricas y psicosomáticas. Investigación con el E.E.G y el E.E.K., estudios comparativos con el empleo de psicofármacos, en sueño natural, etc. Una extensa casuística fue detenidamente revisada y estudiada. Al no encontrar coincidencia con las ideas reinantes alrededor de los fenómenos llamados hipnóticos, la crisis había de producirse. CAYCEDO lo dice claramente: "Frente a esta situación crítica teníamos tres posibilidades: la primera, abandonar la práctica de los fenómenos, como le ha sucedido a gran número de médicos; la segunda, ensayar una revisión, desde dentro, perdiéndonos en luchas dialécticas, en su mayor parte estériles, cayendo dentro de la controversia que ha caracterizado la historia de estos fenómenos; la tercera, romper definitivamente con la tradición y buscar un nuevo ángulo para el estudio de las modificaciones de la conciencia. Optamos por esta última".

"Había que partir de cero —continúa— y comenzar de nuevo. Había que encontrar una nueva terminología y un nuevo método de investigación científica que permitiera unificar una serie de procedimientos que se vienen practicando bajo nombres diferentes y que, a juicio nuestro, mantienen todos un común denominador: las modificaciones del estado de la conciencia; unos con intenciones terapéuticas, otros con fines místicos y otros dentro de un ambiente más o menos mágico."

"Había que fundar una nueva escuela —sigue diciendo CAYCEDO— integrada por los científicos interesados en el estudio de la conciencia humana. Como nueva terminología para esta nueva Escuela propuse el neologismo SOFROLOGÍA y como dirección para la investigación científica, propuse la aproximación a los fenómenos por el camino de la Fenomenología" (5).

A partir de 1960 empieza, pues, el período fundacional de la Escuela Sofrológica. Dicho período habría de terminar en el II Congreso de la Sociedad Francesa de Sofrología celebrado en Versalles del 28 al 30 de septiembre de 1968. En esta importante manifestación científica el Dr. CAYCEDO propuso la división histórica de la Escuela Sofrológica en tres etapas:

1.ª *Período Fundacional.*— Estaría marcado en 1960 por la ruptura de la cadena de teorías que se han sucedido, con relación a los especiales fenómenos de la conciencia humana que investiga la Sofrología, y por el cambio de actitud frente a la investigación de éstos. Propone que esta etapa fundacional termine con el Congreso de Versalles de 1968.

2.ª *Período de Estructuración.*— No puede haber ninguna posibilidad de trabajo científico en equipo sin una estructura de base, afirma. Propone entonces que el período de estructuras de la Escuela Sofrológica se abra en 1968 y termine simbólicamente en un Primer Congreso Mundial de Sofrología en 1970. Estas estructuras deben ser simples y elásticas. Sugiere la creación de un grupo de coordinación sin ninguna jerarquía y la organización de un equipo de investigación y de un equipo docente que estudie los diferentes grados de formación, para los nuevos sofrólogos.

3.ª *Período propiamente Científico.* — Propone que este período, fundamental y decisivo para el futuro de la Sofrología, comience a partir de 1970. "Pensamos que después de 10 años de práctica clínica la Escuela de Sofrología podrá comenzar a producir los frutos verdaderamente científicos a que todos aspiramos", afirma.

He juzgado de importancia hacer estas consideraciones previas, con la finalidad de aclarar muchas dudas y fijar determinados conceptos en lo que respecta a la Historia de la Sofrología que, como está dicho, tiene ahora sólo nueve años de existencia. Con esto aspiro a evitar la confusión existente en un gran número de colegas interesados en esta Escuela, y que, repito,

posiblemente con motivo de las escasas publicaciones sobre el tema, se han formulado una idea no muy clara sobre este aspecto que juzgo de capital importancia.

La confusión se observa en dos sectores principales. De un lado están los que afirman que la Sofrología es la Hipnosis con distinto nombre y le atribuyen un papel similar al que ésta jugó frente al magnetismo; de otro lado están los que le conceden un perímetro demasiado grande y dentro de la historia de la Sofrología incluyen también la historia del Yoga, del Zen, etcétera, además de la Hipnosis naturalmente, lo que constituye una amalgama difícil de aclarar.

Las cosas son más sencillas. Realmente la Sofrología se interesa por el estudio de todos los procedimientos que influyen sobre la conciencia humana y que producen modificaciones en ella, pero esto no quiere decir que se los apropie, los bautice de nuevo y cargue con toda su historia. En su calidad de Escuela Científica puede seleccionar los aspectos de su interés básico y central; para producir poco a poco sus propios métodos. La Sofrología aspira, por este camino, en un futuro más o menos próximo, a constituirse en una de las ciencias del hombre, como dice el profesor SARRÓ (6).

Volviendo al tema central de la presente comunicación, intentaré precisar algunos aspectos relacionados con el desarrollo de la Sofrología en nuestra patria. Por ser España el país donde la Sofrología vio la luz, bien merece particular atención. En definitiva ha sido, como veremos, a partir de España desde donde la Sofrología se ha ido difundiendo rápidamente por varios países de distintos continentes, constituyendo hoy indiscuiblemente un movimiento serio, una Escuela Científica en vías de expansión, que aspira a jugar un papel en la clínica y en las investigaciones llamadas de vanguardia.

Como está dicho, CAYCEDO inicia el período fundacional en Madrid. A partir de 1960 se va a desarrollar una actividad febril de difusión de los conceptos sofrológicos. CAYCEDO dicta los primeros cursos en la capital de Españaa psiquiatras interesados. Los cursos son reducidos y se dictan en el Hospital Provincial o en su consulta particular. Por una curiosa casualidad se organiza uno de estos cursos en la clínica del Dr. GARCÍA VICENTE, Profesor Adjunto de la Escuela de Estomatología de Madrid, con una duración de cinco meses y al que asistieron tres odontólogos los Dres. GARCÍA VICENTE, IGLESIAS Y DE LA MACORRA. Inmediatamente se organizó otro curso exclusivamente dedicado para odontólogos al que asisten los Dres. ARIAS BLANCO, SADA, SALAGARAY, SOL y algunos otros. Estamos en 1961 y el Dr. CAYCEDO dictaría todavía un último curso en Madrid; también son odontólogos la mayoría de los asistentes, en la consulta del Dr. LOSADA. Antes de marchar por un largo período a Suiza, CAYCEDO viene

a Barcelona, a petición nuestra, donde funda la primera Sociedad Catalana en la sala Wasserman del 16 de octubre al 11 de noviembre de 1961; luego viaja a Valencia, invitado por el Dr. LÓPEZ MALLA donde también funda la Sociedad Valenciana de Sofrología y Medicina Psicosomática en el Colegio de Médicos de Valencia del 15 al 29 de mayo de 1962.

El fundador de la Sofrología marcha de nuestra patria, pero ha dejado la semilla sofrológica bien sembrada. Las demostraciones prácticas son extraordinariamente convincentes, las ideas claras y precisas. En Madrid los doctores ARIAS, GARCÍA VICENTE y MACORRA crean una verdadera Escuela Madrileña y difunden la Sofrología en numerosos y magistrales cursos; viajan por muchas provincias españolas; desde 1961 hasta la fecha son varios centenares los médicos, odontólogos y psicólogos que reciben la formación sofrológica de estos tres odontólogos madrileños quienes han dictado más de setenta cursos. Dentro de sus alumnos se cuentan médicos de las más diversas especialidades: ginecólogos, psiquiatras, pediatras internistas, etc., entre ellos merecen especial mención los Dres. VALLEJO MORRIONES, conocido tocoginecólogo madrileño quien desde un comienzo ha honrado con su presencia la Escuela Sofrológica y el Dr. DURÁN LÓPEZ, médico internista, que ingresa a la Sofrología realizando su formación con los Dres. ARIAS y GARCÍA VICENTE mediante un curso profesado en 1966 y, en colaboración con un selecto grupo de sofrólogos madrileños, funda en enero de 1968 una publicación que bautiza con el nombre de *Revista Española de Sofrología y Medicina Psicosomática,* la cual, por cortesía de un importante laboratorio, distribuye gratuitamente a un gran número de médicos.

En marzo de 1965, también en Madrid, los Dres. SOL, SALAGARAY e IBOR organizan el I Curso de Sofrología en lengua francesa al que asisten numerosos colegas, también la mayoría son cirujanos dentistas, venidos de varias provincias de Francia. SOL y SALAGARAY van a jugar luego un papel de gran importancia en la difusión de la Sofrología en Francia.

En Valencia el grupo Sofrológico, bajo la dirección del Dr. LÓPEZ MALLA ha desarrollado también una extraordinaria labor científica, difundiendo la Sofrología principalmente en el sudoeste de España. Este grupo se ve reforzado recientemente por compañeros de la categoría del Dr. PALLARDO, neuropsiquiatra de extraordinario dinamismo y preparación científica.

Intencionalmente he dejado para lo último el comentario acerca de Barcelona. Una serie de hechos se conjugaron para hacer de Barcelona una ciudad de particular importancia para el desarrollo de la Sofrología en España y en el resto del mundo. Es honroso para mí el haber jugado un modesto papel, contribuyendo a que esto fuese así. Fui yo quien asumió el riesgo de invitar al Dr. CAYCEDO en octubre de 1961 para que dictara el

Primer Curso de Sofrología en Barcelona. Inmediatamente explicaré por qué esto representaba ciertamente un riesgo.

Personalmente estoy firmemente convencido de que un curso sobre hipnosis no hubiese podido celebrarse con éxito en Barcelona; como también estoy convencido de que en Europa los conceptos y métodos de la vieja hinopsis no se hubiesen desarrollado de nuevo. La medicina europea tiene la fuerte vacuna del magnetismo, el hipnotismo y su *entourage* de magia y charlatanería. Se me dirá que las ideas han evolucionado y que respetables profesionales han revisado los viejos conceptos; esto no es discutible, nadie pone en duda la honestidad científica de eminentes médicos que luchan por demostrar la gran eficacia de los métodos. Pero estos grandes médicos no representan un número considerable; su lucha es importante y ellos tienen todo el respeto de la nueva Escuela. Acaso ellos saben mejor que nosotros la gran dificultad que encierra liberarse de tanto prejuicio histórico y el tiempo que se pierde revisando teorías y métodos arcaicos.

No quiero que mis palabras sean interpretadas como una descortesía o una falta de "espíritu sofrológico".

Mientras la hipnosis había desaparecido prácticamente de todo escenario científico español cuando CAYCEDO inició en Madrid el movimiento Sofrológico, en Barcelona no había dejado de practicarse. El gran psiquiatra catalán Dr. MONTSERRAT ESTEVE, jefe del Departamento de Medicina Psicosomática de la Cátedra de Patología Médica quien ha colaborado con el profesor PEDRO PONS durante más de treinta años, había librado serias batallas para despertar el interés de los médicos por la hipnosis científica. El doctor MONTSERRAT ESTEVE y sus colaboradores eran los únicos que practicaban científicamente estos métodos en todo el territorio español. En honor a la verdad, ellos reconocen que más de un trago amargo tuvieron que pasar por ello.

Así estaban las cosas cuando CAYCEDO llegó a Barcelona en 1961. Creo que ahora comprenderán por qué afirmaba que yo asumí un cierto riesgo.

El Dr. MONTSERRAT ESTEVE, que es un verdadero precursor de la Sofrología, no tardó en apoyar el movimiento iniciado por CAYCEDO en Barcelona y continuado por nosotros. Desde entonces hasta ahora la Sofrología ha vivido y se ha desarrollado científicamente en nuestra ciudad, de forma extraordinaria, siendo muchos los trabajos, conferencias y cursos adelantados por nosotros, E. ISASI, SURÓS, VEHÍ, FORNS, VILURBINA, BALLÚS, PUNCERNAU, NADAL VALLDAURA, MARTÍNEZ SARDÁ, SANJUAN, etc. La realidad de mis afirmaciones se comprueba en este Symposium que es inaugurado por la indiscutible figura máxima de la Medicina Española e internacional, el Iltre profesor PEDRO PONS y es clausurado por una de las primeras figuras de la Psiquiatría contemporánea, el Iltre. profesor R. SARRÓ.

Por otra parte ha sido Barcelona escogida para la celebración del I Congreso Mundial de Sofrología en octubre de 1970, al que asistirán las máximas figuras de la Sofrología y de la hipnosis científica, del Yoga, etc., de varios continentes.

En Cataluña somos poco amigos de las adulaciones y los que me conocen saben que soy incapaz de mentir por complacer a nadie. El profundo aprecio que nos une a todos los sofrólogos catalanes, con nuestro maestro el profesor CAYCEDO, no se funda en simples palabras de "clisé". Cuando le hemos conocido le hemos apreciado y desde un comienzo estamos a su lado insobornablemente.

La gran amistad que une a CAYCEDO con el profesor SARRÓ también ha contribuido a que escoja Barcelona para residir y fundar con el equipo catalán el grupo central de la Sociedad de Sofrología y Medicina Psicosomática.

CAYCEDO residía en Suiza en la clínica del gran maestro de la siquiatría contemporánea que fue LUDWIG BINSWANGER, cuando se celebró en la Mutua Metalúrgica de Barcelona una importante Reunión Internacional de Implantología, yo me encargé de sofronizar algunos pacientes que fueron operados, bajo sofroanalgesia y sofroanestesia. Algunas de las intervenciones quirúrgicas fueron realizadas por los conocidos cirujanos suizos Dres. DUMONT de Ginebra y ABREZOL y WEISS de Lausana, quienes se sorprendieron grandemente al darse cuenta que los pacientes que operaban estaban sofronizados y al no observar en nuestras técnicas de inducción, nada que hiciera recordar los métodos circenses de los antiguos hipnotizadores.

Uno de los pacientes estaba tan profundamente sofronizado, que recuerdo cómo el Dr. DUMONT comentó que había tenido la impresión de haber operado un cadáver; tal era la inmovilidad del paciente, la hemostasia y la ausencia de reflejos.

Impresionados por el resultado clínico observado en Barcelona, ABREZOL y DUMONT, de regreso a Suiza, contactaron con el profesor CAYCEDO quien estaba en Kreuzlingen. Así fue como CAYCEDO dictó el primer curso de Sofrología en Lausana en octubre de 1964, a este curso asistieron más de 40 especialistas. Tan grande fue el éxito obtenido que CAYCEDO fue invitencia, y un segundo curso en Lausana en enero de 1965 asi como otro curso practico-intensivo en Leysin del 22 al 24 de enero del mismo año, simpático pueblo de montaña en las proximidades de Lausana donde todos los años los colegas suizos, ABREZOL y DUMONT, continúan la formación de sofrólogos de lengua francesa en tiempo de invierno.

ABREZOL y DUMONT iban a convertirse en grandes apóstoles de la Sofrología, se produce un fenómeno curioso e interesante; ellos que al co-

mienzo con clásico temperamento suizo querían "informarse" simplemente cerca de la sofrología, a la vista de una realidad clínica impresionante, se apasionaron y hoy podemos afirmar que han dedicado su vida por completo a las ideas sofrológicas. Viajan por toda Francia dictando repetidos cursos en París y en las provincias, fundan la Sofrología también en Bélgica, Italia y Estados Unidos.

El grupo de París va a tener un impulso extraordinario con el dinamismo y la iniciativa del conocido cirujano Dr. R. CHERCHEVE quien se forma en Sofrología con los profesores suizos y españoles ya mencionados y funda una importante organización que difunde los conceptos sofrológicos, en Seminarios periódicos en el Hospital Laribosière de París y también con Seminarios de invierno en Megève.

Habría mucho que apuntar sobre la corta y ya grande Historia de la Sofrología. A título de comentario sírvanos mencionar un hecho subrayado por CAYCEDO en Versalles: "Hoy existen más sofrólogos en Francia que hipnotizadores hubo en toda la época mesmérica e hipnológica juntas".

Nos extenderíamos largamente apuntando los pasos de la Sofrología fuera de España (*), el ingreso a la Escuela Sofrológica del Dr. GUBEL de Buenos Aires cuando visitó al Dr. CAYCEDO en septiembre de 1964 en Suiza y luego su introducción y difusión por diferentes países latino americanos, la acogida del Dr. ERICKSON de Estados Unidos, las distintas agrupaciones y sociedades en Francia y otros países, la extraordinaria aproximación a Oriente realizada por el Dr. CAYCEDO, la puesta en marcha de la Sofrología en la India, en la fundación del Hospital indio de Sofroterapia en julio de 1966 en Nueva Delhi, etc., etc.

Confieso que todo ello es un trabajo que me apasiona y que estoy empezando a realizar para una próxima publicación monográfica. En mi calidad de Secretario General de la Sociedad, tengo acceso a todos los archivos, correspondencia, documentos, etc., de la Sede Central y pienso que la publicación del gigantesco trabajo desarrollado por la Escuela Sofrológica en su período fundacional en diferentes países debe ser conocido, por tanto ruego a los colegas que quieran enviarme datos de trabajo y organizaciones, que lo hagan prontamente.

En la comunicación de hoy he intentado dar una corta visión panorámica de la Sofrología en España, país donde se fundó y dio sus primeros pasos, pasos que desde un principio fueron sólidos, sírvanos recordar por ejemplo que en abril de 1962, concretamente del 23 al 28, se celebró la *V Reunión Europea de Medicina Psicosomática* y que en ella ya se presentaron 21 co-

(*) En la actualidad existen en España cuatro sociedades de Sofrología: 1.º La de Barcelona, que tiene carácter central y que preside el Dr. CAYCEDO; 2.º La Española, que preside en Madrid el Dr. ARIAS BLANCO; 3.º La Madrileña, que preside el Dr. GARCÍA VICENTE y 4.º La Valenciana, que preside el Dr. LÓPEZ MALLA.

municaciones acerca de la Sofrología, participando especialistas de Madrid, Barcelona y Valencia. Como puede verse, el tema de España por sí sólo ocuparía un extenso trabajo monográfico que también estamos realizando. Pero es imposible hoy hablar de España en Sofrología sin tratar del papel que ha jugado y juega en la difusión de los conceptos sofrológicos a nivel internacional. Sírvanos subrayar el hecho de que el año pasado han venido a Barcelona para realizar Seminarios de formación en Sofrología - Métodos Orientales, dirigidos por el profesor CAYCEDO, sofrólogos de Francia, Bélgica, Suiza e Italia.

Necesariamente en una comunicación como ésta, limitada como es natural a tiempo determinado, habré cometido algunos errores de omisión que ruego disculpen. Espero que en el trabajo sobre Historia de la Escuela Sofrología que publicaré en un futuro próximo, estos defectos serán subsanados.

DR. ALFREDO ISASI GARCÍA, Médico Odontoestomatólogo. Secretario General de la Sociedad de Sofrología y Medicina Psicosomática. Sede Central, Barcelona.

BIBLIOGRAFIA

1. ARIAS BLANCO U. *El impacto de la sofrología en nuestra especialidad.* — Revista Española de Estomatología, enero 1962.
2. CAYCEDO A. *Hacia un estudio fenomenológico de la hipnosis clínica, las técnicas de relajación y estados afines.* — Revista Latino Americana de Hipnosis Clínica Vol. III n.º 1. Buenos Aires, mayo, 1962.
3. CAYCEDO A. *La Sofrología Médica. — Su aplicación a la odontología.* — Revista Española de Estomatología. Barcelona, Noviembre, 1961.
4. CAYCEDO A. *Carta desde Nancy al Dr. Gubel.* — Revista Latino Americana de Hipnosis clínica. Vol. I n.º 2. Buenos Aires, Febrero, 1960.
5. CAYCEDO A. *Considérations sur la Sophrologie. — Ses fondements et ses structures.* II Congreso de la Sociedad Francesa de Sofrología. Versalles Septiembre, 1968.
6. SARRÓ R. Prólogo al libro de A. Caycedo "*La India de los Yoguis*". Editorial Scientia. Barcelona 1969.

La Sofrología y el estudio de la conciencia humana

El concepto de NIVELES y ESTADOS de la conciencia como hipótesis de trabajo en Sofrología

A. CAYCEDO

El estudio de la conciencia humana es un tema de palpitante actualidad. Estamos convencidos de que la sofrología puede contribuir a estos trabajos aportando valiosos datos a la investigación. Los fenómenos obtenidos mediante técnicas sofrónicas, son un camino de importancia por varias razones; en primer lugar, los métodos utilizados por la Sofrología permiten una acción directa sobre la conciencia humana, produciendo en ella modificaciones utilizables en la experimentación; en segundo lugar, la experiencia puede ser repetida y los fenómenos obtenidos pueden ser susceptibles de estudio en muy distintas direcciones.

Como hemos apuntado en el comentario anterior, la Sofrología se define a sí misma como una "Escuela de investigación de la conciencia humana" que utiliza diferentes métodos que influyen sobre ésta, modificándola con fines terapéuticos e investigativos. Es cierto que la Escuela Sofrológica aspira a conquistar una plaza en el concierto de las ciencias del hombre, pero es todavía muy pronto para que reúna las condiciones necesarias para asumir tal categoría.

La ciencia se construye a base de rigurosos criterios, de validez universal y de significación constante. Ha de conseguir expresar la REALIDAD a través de conceptos y no a través de intuiciones.

Es cierto que el nombre de "ciencia" se utiliza genéricamente en el sen-

tido de sabiduría o conocimiento y su etimología viene del latín SCIRE, saber; SCIENTIS, el que sabe; aunque algunos atribuyen su origen a SHID del sánscrito, discernir. Sin embargo para adquirir la categoría de ciencia en un sentido más estricto, hemos de aspirar a reunir las condiciones para ello exigidas. DILTHEY define la ciencia como "un conjunto de proposiciones cuyos elementos son conceptos determinables, constantes, de validez universal en toda conexión mental, cuyos enlaces se fundan en que las partes se encuentran unidas a un todo con fines de comunicación". Es decir que todos los enlaces de las proposiciones que constituyen la ciencia, han de estar referidos a una totalidad. En otras palabras, que los datos descriptivos individuales deben ser recogidos en conceptos que integran una totalidad, pues necesita de un amplio grado de generalidad en sus hallazgos.

Para DILTHEY la descripción individual es un conocimiento que precede a la construcción de una ciencia y es necesario para ella. La Sofrología, en rigor, se encuentra ahora en período PRE-CIENTÍFICO. Es por eso que la hemos definido como una ESCUELA y no como una CIENCIA. Nos encontramos en una etapa descriptiva.

BINSWANGER insiste en que para poner en marcha el proceso de comprensión de un fenómeno, hay que conocerlo primero. La Sofrología se aproxima ahora a los fenómenos ESPECIALES de la conciencia mediante un período descriptivo; favoreciendo su CONOCIMIENTO inicial (para algunos tal vez RECONOCIMIENTO) requisito necesario para la COMPRENSIÓN.

HUSSERL describió la Fenomenología como la descripción pura de esencias. Es conveniente aclarar que la Fenomenología es básicamente, como afirma BINSWANGER, un método de investigación y no una terapéutica. Ello quiere decir que en Sofrología se utiliza el sistema fenomenológico en la investigación y no en un sentido psicoterápico.

La comprensión fenomenológica es fundamentalmente estática; esto permite la captación aislada de una vivencia. Existe otro tipo de comprensión básicamente dinámica que establece relaciones entre diversas vivencias llamada comprensión genética.

Creemos que la primera modalidad, la fenomenológica, puede servir al sofrólogo en la investigación pura de la esencia del fenómeno en que se ocupa. La segunda forma, la comprensión genética, puede serle de utilidad en cuanto a los resultados terapéuticos obtenidos mediante estos fenómenos.

El pensamiento filosófico de JASPERS tiene para nosotros gran interés en muchos aspectos. JASPERS, como todos sabemos, fue inicialmente psiquiatra y luego se dedicó por completo a la filosofía. Por esta razón sus

opiniones se fundan, con mucha frecuencia, en observaciones ciertamente clínicas.

JASPERS considera la Existencia dentro de la misma trascendencia y viceversa. Dentro de la lógica de JASPERS este círculo es demostrativo: "En el momento en que se constituye la existencia, entra en relación directa con la trascendencia. La trascendencia, a su vez, asegura la posibilidad de la existencia."

La Sofrología se aproxima a las bases mismas de la Existencia humana, a través de la conciencia. Esto produce inevitablemente nuestro encuentro con la Trascendencia.

Se abre, necesariamente, otra perspectiva. La importancia de este hecho hace que la Sofrología desborde el campo de la patología.

Es aquí donde empieza, precisamente, la utilización de la Fenomenología por parte de la Escuela Sofrológica.

JASPERS se refiere a tres "modos primarios" en el ser humano: 1.º El Circunmundo, el Ser-ahí (Da-sein); 2.º La Conciencia y 3.º Las Ideas Objetivas. Para su conocimiento científico admite tres caminos; para el Circunmundo, propone la aplicación de las ciencias naturales; para la Conciencia, la Fenomenología y para Ideas Objetivas propone una especial actividad científica fundamentada en el aislamiento de tipos ideales y su COMPROBACIÓN con la realidad.

JASPERS inicialmente consideraba la sugestión y la hipnosis como "mecanismos anormales". Sin embargo, posteriormente cambió su criterio y los incluyó dentro de los "mecanismos específicos normales" que clasificó de la forma siguiente: a) Reacciones Vivenciales. b) Acción tardía de vivencias anteriores. c) El contenido de los sueños. d) La Sugestión y e) La Hipnosis.

En esta segunda clasificación, JASPERS separa la sugestión y la hipnosis de la histeria que deja incluida dentro de los "mecanismos específicos anormales".

Es interesante subrayar que JASPERS cree que todo intento para explicar estos "mecanismos específicos" sobre una base fisiológica, será un trabajo estéril. Afirma que los "mecanismos específicos" sólo pueden ser utilizados como conceptos auxiliares para una comprensión de los hechos psíquicos.

Más adelante volveremos al concepto "jasperiano" sobre los "Mecanismos Específicos", cuando intentemos dar una definición del Estado Sofrónico.

Hemos definido la Sofrología como una Escuela que investiga la conciencia humana; hemos visto cómo la Fenomenología se ocupa de la conciencia. Pero, ¿cuál es el concepto que tenemos acerca de la conciencia? ¿Qué es la conciencia?

Responder a esta pregunta es ciertamente difícil. Alguien ha dicho que todos sabemos lo que es la conciencia hasta que intentamos definirla.

Son muy diversas las definiciones e interpretaciones que se han formulado acerca de "La Conciencia".

En las lenguas derivadas del latín, se designan con el mismo nombre la "conciencia" moral y la "conciencia" psicológica, lo que no sucede en otros idiomas como el alemán, por ejemplo, que emplea vocablos diferentes: "GEWISSEN" para la conciencia moral y "BEWUTSEIN" para la conciencia psicológica y el inglés que utiliza "*Concience*" para la moral y "*Consciousness*" para la psíquica. Esta es una primera dificultad que, aunque sin mayor importancia, no deja de crear malos entendidos. En español últimamente algunos autores han empezado a utilizar el vocablo CONSCIENCIA para designar el concepto psicológico, y CONCIENCIA para el moral lo que puede ser interesante. En francés por el contrario esto sería más complicado ya que allí se utiliza el vocablo CONSCIENCE en los dos sentidos.

Son innumerables las interpretaciones que se han dado y se dan con relación al concepto de la conciencia psicológica, objetivo principal de la investigación en sofrología.

Refiriéndose a este mosaico de interpretaciones existentes en la psicología actual, en torno al concepto de "conciencia", LÓPEZ de LERMA dice: "Hay quien la considera como un hecho psíquico general, como un fondo común sobre el cual se delinean todos los otros; hay quien la considera como una actividad que unas veces acompaña y otras no a las demás actividades psíquicas; para algunos, los hechos psíquicos no son sino estados de conciencia; para otros, la conciencia es un límite, superando el cual todo hecho psíquico se vuelve ciego y se ignora; para unos es como un teatro en cuyo escenario actúan varias figuras; para otros, una luz que ilumina, en grado mayor o menor, los mecanismos de la vida psíquica".

Frente a estas múltiples interpretaciones, es conveniente que en Sofrología intentemos fijar lo que entendemos por "conciencia". Estamos de acuerdo con HENRI EY cuando afirma que "la conciencia" no es una simple "función" del ser, sino que es su misma organización, en tanto que está compuesta para ser a la vez objeto y sujeto. La definición de la conciencia, explica este autor, generalmente suele oscilar entre dos tesis; la de atribuirle una categoría de "cosa", que no es y la de considerarla como una "nada", que tampoco es.

A lo largo de su trabajo sobre la conciencia HENRI EY prefiere, con frecuencia, utilizar la expresión de "ser consciente" para designar la "conciencia". La realidad de este "ser consciente" se fijaría (HUSSERL) en la relación entre la vivencia y el juicio, siendo la INMANENCIA y la TRASCENDENCIA,

los DATOS INMEDIATOS y la REFLEXIÓN, las bases sobre las que se constituye la conciencia.

Por consiguiente, dice LÓPEZ DE LERMA, no es la conciencia, como en un tiempo se dijo, un teatro, un escenario por el que pasan determinados elementos y que la atención ilumina, "sino una actividad, un tender continuo a la realización de fines".

Hay que tener presente, sin embargo, que una concepción demasiado dinámica de la conciencia puede ser tan errónea como otra demasiado "estática", o como la tesis del materialismo.

La tesis materialista pavloviana sobre la actividad nerviosa superior, sustenta la doctrina de que la conciencia es una cualidad del cerebro, por medio de la cual se refleja en el hombre el mundo que le rodea. Para PAVLOV, el principio universal del reflejo determina "todas las formas de la actividad psíquica incluyendo las formas de conciencia".

DELAY establece cierta similitud entre lo que denomina "la función vigil" y la conciencia. En dicha "función" admite la inconsciencia del sueño natural; la subconsciencia, al estilo P. JANET, donde pueden acontecer comportamientos automáticos; la conciencia espontánea, caracterizada por la fantasía y la conciencia refleja, gracias a la cual se conoce a sí misma.

La actual teoría neurofisiológica que centra sus conceptos en la "Formatio reticularis" (F.R.) tiene sus orígenes en las experiencias de BREMER en 1929 quien demostró que al aislar el cerebro anterior en el animal, se producía un electrocortigrama de sueño, con lo que se deducía que la activación de la vigilia quedaba interrumpida, no llegando a la corteza.

Sin embargo esta conclusión no fue posible sino veinte años después cuando MORUZZI y MAGOUN demostraban en 1949, que en un animal curarizado y narcotizado la estimulación repetida del tegmento del tronco cerebral, reproduce todos los signos electrocorticales que se observaron durante la "vigilia cortical" (EY).

Sobre las funciones de la formación reticular hablará detenidamente el Dr. BARRAQUER-BORDAS en este Symposium. Permítasenos simplemente apuntar aquí, que son muy estimables las opiniones de quienes encuentran una correspondencia neurológica, al hecho de que la conciencia sea "algo omnipresente en la vida psíquica" por el hecho de que "el sistema activador se proyecte a toda la corteza y su influencia se extienda a todo el cerebro".

Frente a los muchos conceptos existentes con relación a la conciencia y que HENRI EY califica por un lado de "Idealismo" que "nos considera como espíritus puros" y por otro el "Realismo Emperista", que nos condena al estudio de un mosaico de funciones independientes que "dependen del cerebro que las asocia"; el psiquiatra francés insiste mejor en el concepto del "SER CONSCIENTE".

Prefiere abordar el estudio de las ESTRUCTURAS de los FENÓMENOS CONSCIENTES propios del "ser consciente".

El pensamiento sofrológico se aproxima a esta tesis, dentro de la problemática filosófica en relación con las ESTRUCTURAS del "Ser consciente". EY, dentro de los "fenómenos conscientes", establece determinadas modalidades que enumera como sigue: la Memoria, la Atención, la Reflexión, el Lenguaje, el Conocimiento, la Inteligencia, la Sensibilidad, la Percepción, el Yo, la Conciencia moral y la conciencia de sí mismo.

Ahora bien, en Sofrología, nosotros agregamos a las ESTRUCTURAS DEL SER CONSCIENTE, los llamados MECANISMOS ESPECÍFICOS de JASPERS, que anteriormente comentábamos. Es decir, las Reacciones Vivenciales, la acción tardía de vivencias anteriores, el contenido de los sueños, la sugestión y la hipnosis; para mencionar tan sólo los "mecanismos específicos" considerados como normales por JASPERS.

Los Estados Sofrónicos no estarían encuadrados dentro del concepto de "hipnosis" por las razones que ya hemos mencionado. Los Fenómenos Sofrónicos se incorporarían al concepto de REACCIONES VIVENCIALES.

Pero, ¿qué es una Reacción Vivencial? ¿Qué es una Vivencia? La palabra Vivencia es un neologismo español para traducir el término alemán "ERLEBNIS"; dicha palabra no tiene traducción exacta al francés ni al inglés lo cual dificulta su definición en dichos idiomas. LÓPEZ IBOR dice en tal sentido: "Se podría llegar a una coincidencia hablando de impacto emotivo. Impacto, impacción significa "choque con penetración, como el del proyectil en el blanco", y también "huella o señal que en él se deja". Precisamente, esto es lo que hay que destacar en esta encrucijada del significado de la palabra vivencia: que el choque emotivo ha penetrado hondamente, se ha incorporado a la vida psíquica propia del sujeto. Es una experiencia vivida por el mismo ("expérience vécue", dicen los franceses)".

"La vivencia, afirma LÓPEZ IBOR, no es un hecho elemental, sino algo que participa de toda la vida psíquica. La Reacción Vivencial puede ser normal o anormal y K. SCHNEIDER la define como "la respuesta afectiva, motivada y con sentido, ante una vivencia" (traducción de LÓPEZ IBOR). Comenta a continuación los criterios que, según JASPERS, deben caracterizar una reacción vivencial: 1.º El estado reactivo no se hubiera presentado sino por la vivencia que lo determina. 2.º El Contenido se halla en relación con la causa y 3.º El estado depende, en su duración temporal, de la causa y cesa cuando cesa ella.

Ya en 1961 nosotros, dentro del comienzo de las nuevas concepciones sobre los fenómenos sofrónicos, publicamos un trabajo en que, fundamentándonos en el criterio de JASPERS, proponíamos se considerara la Reacción

Vivencial, como la "puesta en marcha" del proceso sofrónico. Escribíamos entonces:

"JASPERS suele establecer tres criterios para determinar la Reacción Vivencial, que a nuestro juicio, se cumplen en la dinámica de los estados sofrónicos, a saber:

"1.º *La Situación reactiva no habría surgido de no ser por la vivencia que la originó.* — En la reacción sofrónica esto se cumple ampliamente. Tanto en una situación auto-sofrónica como etero-sofrónica existe una vivencia previa que conduce a la reacción.

"2.º *El contenido, el tema de la situación, se halla en relación comprensible con respecto a la causa.* — En este sentido, las vivencias de los sofronizados merecen un profundo estudio. Cuando sugerimos a una persona que se encuentra en estado sofrónico-medio, o profundo, determinadas vivencias, tales como frío, calor, un estado de ánimo especial etc., la respuesta se halla condicionada a una importantísima ACCIÓN DINÁMICA INDIVIDUAL, por lo que las respuestas son variables en cada individuo e incluso, a menudo para cada sujeto, en circunstancias diferentes. Posiblemente sea éste uno de los campos más interesantes que se abren a la investigación.

"3.º *La situación es, por lo que respecta a su curso temporal, dependiente de su causa y sobre todo cesa cuando ésta desaparece.*— Cabría preguntarnos, en lo que respecta a la llamada "orden post-hipnótica" o acción post-sofrónica, si en realidad el estímulo ha cesado. Pienso que esa ACCIÓN DINÁMICA INDIVIDUAL, de que hablamos antes, continuaría puesta en marcha por la acción causal del sofrólogo, pero siempre dependiente de factores individuales, pues podría darse el caso que a pesar de la orden, el sujeto no la cumpliese. De todas formas, al estar condicionada por la acción causal, podríamos hablar de una Reacción Vivencial."

En este mismo artículo leído en el Colegio Oficial de Odontólogos de Madrid el 15 de junio de 1961 y publicado en la Revista Latinoamericana de Hipnosis Clínica, intentando aproximarnos al concepto de "Estado Sofrónico, como "Estado" de conciencia, escribíamos: "En el lugar medio psique-soma, soma-psique, es donde la Sofrología tiene su más auténtica dimensión. Sus fenómenos son reales y comprobables, si bien el mecanismo íntimo de su acción es, por el momento, imposible de explicar; a riesgo de caer dentro del malabarismo hipotético. Para ello habría no solamente que aclarar los cientos y miles de incógnitas que guarda el fisiologismo somático del hombre, sino, lo que es ya más difícil, las que guardan los fenómenos psicológicos.

"A nuestro juicio, seguíamos diciendo, el estado sofrónico, exige una

situación de conciencia especial y característica. Una acción Psicológica primaria. Una vez conseguido dicho estado, necesitamos para producción de los fenómenos que la conciencia del sujeto se encuentre en estado suficiente para tomar ella —la conciencia— el mando de la vida vegetativa de forma progresiva y dinámica: de tal suerte que esta "dinámica vegetativa inconsciente" admita sin resistencia lo que sugiere, formula o propone. Dicha situación es equiparable al estado de "sofrosyne" de los griegos. De esta forma la idea sugerida o formulada "pasaría" sin censura o interferencias a los centros de la vida profunda ordenando en lo posible la vida vegetativa. De esta forma, se buscaría, actuando sobre el "thymos", el equilibrio de un estado psicovegetativo irregular o la transformación de una dolencia, en la medida de lo posible.

"Este hecho primariamente psíquico, tiene una repercusión inmediata en el fisiologismo orgánico. Ello se comprueba con el estudio de los fenómenos circulatorios a nivel de la corteza cerebral y mediante los finos hallazgos en el laboratorio.

"Para nosotros, el estado sofrónico no es más que un estado de conciencia totalmente normal, con sus cualidades y sus características. Una de ellas de suma utilidad, porque en dicho estado el hombre puede actuar más fácilmente sobre su vida vegetativa.

"Pretender definir la naturaleza del estado sofrónico, como tal estado de conciencia, es tan inútil e imposible como hacerlo con cualquier otro estado de conciencia; vigilia o sueño, por ejemplo. ¿Qué es el sueño? Un premio Nobel en fisiología no sabría responder. Podemos sí, observar y narrar algunas de sus cualidades físicas y psíquicas, lo que no podemos es llegar a la esencia íntima del fenómeno."

En aquella época intentamos también una definición descriptiva del Estado Sofrónico, que escribimos de la siguiente forma: "El estado Sofrónico es, pues, una reacción vivencial que conduce por la acción psíquica a un determinado estado de conciencia, con exponente funcional, en el cual el sujeto puede actuar más fácilmente sobre su vida psíquica y vegetativa. Con la importante particularidad de que dicha acción puede ser dirigida por otro, hablando entonces de "acción etero-sofrónica"; o producida por el mismo sujeto, en cuyo caso hablamos de "acción auto-sofrónica".

He querido dar esta larga cita acerca de nuestro pensamiento en los comienzos fundacionales de la Sofrología, para que se pueda apreciar la actitud inicial que mantuvimos frente a los fenómenos estudiados entonces, y la evolución lenta de los conceptos.

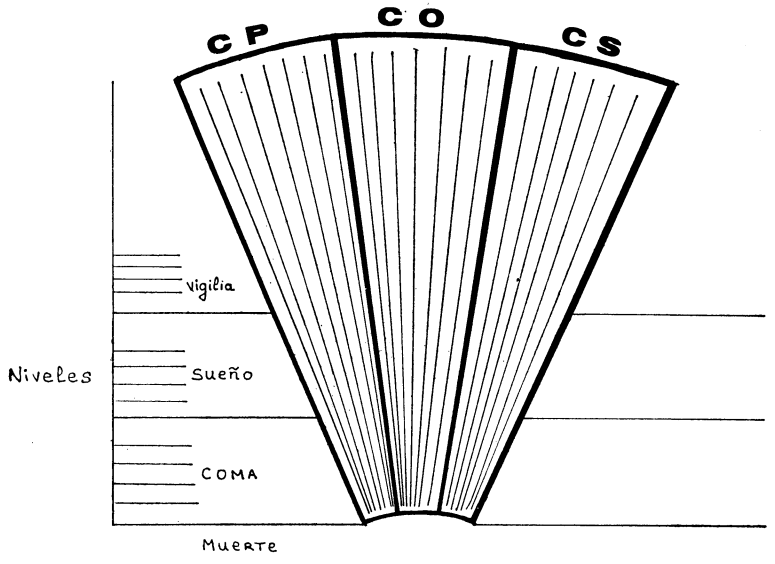
Como se verá, la actitud inicial ha variado muy poco. Necesariamente, se ha ido perfeccionando a través de los años y a través de la observación de fenómenos producidos mediante procedimientos diferentes. Nos referi-

mos al contacto con los sistemas orientales, que fueron posteriores y de los que hablaremos también en este Symposium.

En la actualidad, de una manera general, seguimos hablando de "Estado" sofrónico; pero en realidad no es un Estado. Cada vez nos convencemos más de que la sofronización es un verdadero PROCESO, durante el cual se pueden experimentar varios NIVELES y ESTADOS de conciencia. Dichos estados no son tan *inconscientes* como inicialmente se pensó.

Continuamos hoy con el convencimiento de que para la producción de los estados sofrónicos, es necesaria una Reacción Vivencial primaria. Dicha Reacción sería el comienzo del PROCESO SOFRÓNICO. Este proceso está sujeto a múltiples variantes de carácter individual, pero lleva siempre implícita la modificación del estado ordinario de la conciencia.

Los Estados Ordinarios de la Conciencia pueden ser influidos por distintos métodos, psicológicos, fisiológicos, químicos, etc. Estas INFLUENCIAS PONDRÍAN EN MARCHA, INICIALMENTE, UNA Reacción Vivencial de mayor o menor intensidad que, dependiendo de factores individuales, favorecería la aparición de modificaciones de la conciencia.



Cuadro explicativo-didactico acerca del concepto de ESTADOS y NIVELES de la conciencia en sofrología: C.P. Conciencia patológica; C.O Conciencia ordinaria; C.S. Conciencia sofrónica.

Ahora bien, dichas modificaciones pueden ser de carácter CUANTITATIVO y de carácter CUALITATIVO, entendiendo por modificaciones de carácter cuantitativo aquellas que se producen en los NIVELES de la conciencia y por modificaciones de carácter cualitativo, aquellas que modifican los ESTADOS de la conciencia.

Hemos propuesto estas ideas con carácter de "hipótesis de trabajo" en Sofrología y no como una teoría fundamental.

En la actualidad, no existen ideas claras que diferencien el concepto de NIVELES Y ESTADOS de la conciencia, empleándose indistintamente por la gran mayoría de los autores. En Sofrología intentamos separar los conceptos, para mayor comodidad en el trabajo y, también como posible hipótesis a demostrar posteriormente.

Siguiendo esta hipótesis, nosotros admitimos la modificación CUALITATIVA de los ESTADOS de la conciencia en dos direcciones. De un lado, los ESTADOS PATOLÓGICOS de la conciencia, que en nuestra gráfica llamamos "conciencia patológica" (C.P.) de otro, los ESTADOS SOFRÓNICOS o "conciencia sofrónica" (C.S.), permaneciendo en el Centro los ESTADOS ORDINARIOS de la conciencia o "conciencia ordinaria" (C.O.).

Todos los Estados de la conciencia, ordinarios, patológicos y sofrónicos son susceptibles de modificar sus NIVELES.

Para nosotros *la conciencia humana es el elemento fundamental que, con carácter de continuidad, organiza e integra las estructuras y mecanismos específicos del "ser psíquico"* A TRAVÉS DE SU EXISTENCIA.

Formando parte esencial de su existencia, la conciencia acompaña al hombre desde su nacimiento hasta la muerte. Su continuidad es dinámica y con carácter periódico modifica sus niveles, estableciendo el ciclo vigilia-sueño.

Este dinamismo es ciertamente autónomo y, como dice von WEIZSACKER, liga a la conciencia con su propio movimiento. Dicho de otra forma, con HUSSERL y SARTRE, la conciencia se constituye ella misma como objeto. Esto quiere decir que no se identifica plenamente con el YO, sino como algo que exige que el YO trascienda (SARTRE). La Sofrología, pues, admite el carácter TRASCENDENTE de la conciencia humana.

Como lógica consecuencia de lo que venimos diciendo, se deduce que del estudio de la Sofrología se aparta la conciencia no trascendente, la "zoo-conciencia", la conciencia animal. Al animal, dice BINSWANGER, la naturaleza le dio su cosmos, pero no tiene libertad trascendental.

Hemos dicho, de acuerdo a nuestro esquema, que los *NIVELES* de la conciencia humana pueden variar independientemente de los *ESTADOS* de la Conciencia. En el terreno de la investigación, se han desarrollado interesantes trabajos que permiten el estudio experimental de ciertas variaciones

en dichos niveles. MONTSERRAT ESTEVE en Barcelona, ROJO SIERRA y PALLARDO en Valencia, entre otros, han efectuado interesantes experiencias en tal sentido.

ROJO SIERRA ha estudiado el "descenso" de los niveles de la conciencia, mediante el empleo de anestésicos, produciendo lo que llama "psicolisis experimental por oscurecimiento", utilizando preferentemente el Cloruro de Etilo y el Eter, de menos peligrosidad que el Cloroformo y el Tricloroetileno. Ha utilizado también la Carbonarcosis y el Protóxido de Nitrógeno.

El *ascenso* de dichos niveles, *psicolisis por hiper claridad,* ha sido experimentado por ROJO SIERRA, MONTSERRAT ESTEVE y otros, mediante la observación casual en intoxicaciones por anfetamínicos.

Los psicodislépticos (L.S.D. etc.) también han sido utilizados en el campo experimental sobre la conciencia.

La experimentación es válida en cuanto demostración experimental acerca de las modificaciones en los NIVELES de la conciencia, en sentido *ascendente* o *descendente*. MONTSERRAT ESTEVE subraya el hecho de que tanto con los anestésicos como con los barbitúricos, que hacen descender los niveles de la conciencia, se llega al coma; pero también al coma se llega con los anfetamínicos que producen la *ascensión* de éstos.

Ahora bien, a nuestra manera de ver, los estados de conciencia producidos mediante el empleo experimental de fármacos, no son propiamente estados de la conciencia ordinaria, no son estados *puros,* aunque sean válidos en la investigación sobre los niveles de conciencia. Para dichos estados experimentales, nosotros hemos propuesto la denominación de Estados Hipnagógicos Experimentales.

A nuestro entender dichos estados hipnagógicos experimentales se aproximarían, en nuestra gráfica, más a la conciencia patológica (C.P.) que a la conciencia sofrónica (C.S.).

Pensamos que el camino de investigación más pura sobre los diferentes niveles y estados de la conciencia ordinaria, serían los procedimientos sofrológicos.

Mediante las técnicas sofrológicas es posible el descenso o el ascenso del nivel de la conciencia, y se facilita la investigación de las vivencias e imágenes en diferentes planos (*Rêvue Eveillé* de DESOILLE, *Imagerie Mentale* de FRETIGNY y VIREL).

El profesor SARRÓ, en el *Tratado de Patología Médica* del profesor PEDRO PONS, escribe: "La claridad de la conciencia normal admite grados que van desde la máxima lucidez a la inconsciencia del dormir, a través de la desatención, la fatiga, el soñar despierto, los sueños, etc."

Dentro de los ESTADOS de la conciencia patológica (C.P.) nosotros incluimos las alteraciones psíquicas que van desde la histeria hasta los

grandes cuadros psicóticos. Los síntomas psíquicos de la histeria para LÓPEZ IBOR se pueden clasificar en tres tipos:

1.º Alteraciones psicógenas de la conciencia: estupor, delirios, estados crepusculares, pseudopercepciones y fenómenos psíquicos que acompañan los ataques;

2.º Cuadros pseudodemenciales; y

3.º Amnesias y doble personalidad.

Los Estados Patológicos de la conciencia comprenderían, pues, desde estos síntomas histéricos, repetimos, hasta los grandes cuadros psicóticos y demenciales.

Dentro del apartado de los ESTADOS de la conciencia Sofrónica (C.S.) incluiríamos las modificaciones de la conciencia, producidas por métodos psicológicos o psicofísicos; que se diferencian de los estados ordinarios y de los estados patológicos. Comprenderían desde los estados que han venido llamándose "mesméricos", "hipnóticos", "éxtasis-concentrativos", "trances-estáticos o cinéticos", etc., hasta los estados máximos de la conciencia, desarrollados y conocidos en Oriente con el nombre de "Satori", "Samadhi", etcétera.

Como puede verse, estas ideas, que proponemos en calidad de HIPÓTESIS DE TRABAJO, buscan el objetivo primordial de fijar unos puntos de referencia que permitan el trabajo en equipo y favorezcan un lenguaje común, facilitando así la investigación de la conciencia humana.

Para terminar, quisiéramos repetir, que la ruptura de la Escuela Sofrológica con el hipnotismo, el hecho de que la Sofrología no utilice el vocabulario de la hipnosis ni la mayoría de sus métodos, no quiere decir que mantengamos una actitud negativa frente a los que defienden sus postulados. Ellos son nuestros compañeros en el camino de la investigación de la conciencia; sus trabajos han sido y son de extraordinaria utilidad. Como lo hemos afirmado repetidas veces, la Sofrología no pretende atribuirse la posesión del único camino para la investigación de los fenómenos que estudia y respeta todas las Escuelas, que han trabajado y trabajan en el mismo sentido.

Modificaciones de los Niveles y Estados de la Conciencia

Mediante la acción Farmacológica

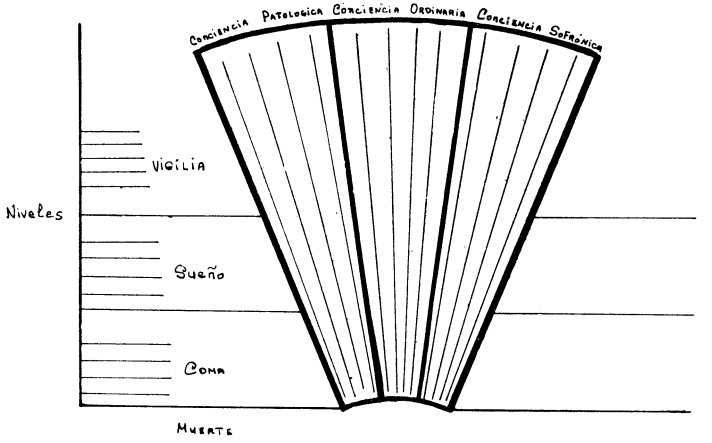
F. PALLARDO

Cuando intentamos hablar de "la conciencia" nos hallamos inmersos de inmediato en una situación de ambigüedad semántica, habida cuenta que al término conciencia, tanto en su enfoque psiquiátrico como en los diversos planteamientos filosóficos, se le echa en falta una unidad, siquiera sea general, de concepción.

Tal situación, si bien abre el campo a lo especulativo, restringe la necesaria base de concordancia para el desarrollo de una dialéctica analítico-interpretativa, imprescindible camino para la ulterior síntesis unificadora aún dentro de la obligada pluralidad de acepción que en sí admite tan complejo problema.

Éste a modo de preámbulo pretende zanjar la aparente base polémica que pudiera surgir de este artículo, pues dentro de la presente coyuntura pensamos es válida cualquier hipótesis de trabajo que tienda a reunir con base fenomenológica común una serie de datos hoy dispersos. Siempre, naturalmente, que nos limitemos a lo hipotético sin entrar en el terreno de lo supuestamente demostrado o de lo dogmático.

Para nuestro ensayo nos hemos basado en los presupuestos de CAYCEDO, fundamentales a nuestro juicio para la escuela sofrológica, por los que se supera la confusión de *Estados* y *Niveles,* afirmando que la conciencia puede tener diversos estados, genéricamente separables, y dentro de cada uno de ellos podrán apreciarse distintos niveles. Así, el esquema propuesto por CAYCEDO nos muestra:



Esquema propuesto por el doctor Caycedo para diferenciar en Sofrología los conceptos de *niveles* y *estados* de la conciencia.

Adentrándonos en el terreno específico de nuestro tema, esto es, en la acción química sobre la conciencia, hagamos constar en primer lugar, nuestro deliberado soslayamiento del estudio de los fármacos, de interés puramente psiquiátrico, que actúan sobre los estados patológicos de conciencia (neurolépticos, timolépticos, tranquilizantes y ansiolíticos) y que modifican el estado o nivel de conciencia patológica en el sentido de una normalización, haciendo el trasvase — al menos idealmente — de los estados de conciencia patológica a los de conciencia ordinaria.

Reducidos así a las sustancias químicas que actúan sobre los estados de conciencia ordinaria y según la modalidad de acción podemos clasificarlas en:

A) SUSTANCIAS QUÍMICAS QUE ACTÚAN SOBRE EL BINOMIO SUEÑO-VIGILIA

1. *Aumentando el nivel vigil (psicotónicos)*
   - *a*) Reguladores metabólicos.
   - *b*) Estimulantes puros de la vigilia.
   - *c*) Excitantes centrales.

2. *Disminuyendo el nivel vigil*
   - *a*) Hipnóticos.
   - *b*) Narcóticos.

B) SUSTANCIAS QUÍMICAS QUE CREAN UN ESTADO ESPECIAL DE CONCIENCIA: EL ESTADO DE CONCIENCIA ENSIMISMADA

1. *Fármacos que crean el estado de conciencia gratificada*
   a) Alcohol
   b) Hipnoalgésicos naturales y sintéticos
2. *Fármacos que originan el estado oniroide yatrógeno*
   Psicodislépticos

* * *

A) SUSTANCIAS QUÍMICAS QUE ACTÚAN SOBRE EL BINOMIO SUEÑO-VIGILIA

1. *Fármacos que actúan aumentando el nivel vigil* (Psicotónicos)

Se trata de un grupo heterogéneo, de estructuras químicas muy diversas, que, en más o menos, estimulan el sistema nervioso central elevando el nivel vigil y la actividad coordinada.

Facilitan el trabajo intelectual y muscular, disminuyen la sensación de fatiga, incrementan la excitabilidad de los centros de percepción y asociación y aumentan el tono emocional. Su acción no es, en general, homogénea sobre el conjunto de las funciones psíquicas.

Presentan riesgos de habituación, en especial los estimulantes puros de la vigilia (anfetaminas).

Los efectos secundarios son sobre todo de estirpe neurovegetativa: estimulación de la actividad cardiovascular, taquicardia, hipertensión, cefaleas, tensión ansiosa, gastralgias, dificultades para conciliar el sueño que puede llegar al insomnio, e incluso agitación psicomotora.

Electroencefalográficamente tienden a bloquear en más o en menos los ritmos alfa preexistentes, estableciendo una desincronización de intensidad variable según los casos.

El mecanismo de acción suele hacerse por intermedio de una estimulación de la porción activadora, dorsal, del sistema reticular del tronco del encéfalo.

Veamos en el cuadro siguiente los diversos tipos y sus particularidades.

a) REGULADORES METABÓLICOS

Denominación común	*Nombre químico*	*Acción y efectos en el sistema nervioso central*	*Indicaciones psiquiátricas, neurológicas y medicina general*	*Efectos secundarios y particularidades*
Heptaminol	Amino-2-metil-6-heptaminol-6	Metabolito de las células nerviosas, musculares y cardíacas; tónico-neuro-musculares	Estados de choque, correctores de los efectos depresivos de los neurolépticos, tranquilizantes y barbitúricos	Insomnio, taquicardia
Deanol	2-dimetil-amino-etanol bitartrato	Estimula la actividad de acetilcolina y del sistema nervioso central	Diserasis endocrinas, apatías por neurolépticos, enfermedad de Raynaud, estados depresivos, fatiga, cefaleas.	Insomnio
Centrofenoxina (ANP 235	p-cloro-fenoxi-acetato de dimetil-amino-etanol	Sobre el metabolismo intermediario centro-basilar (diencéfalo - hipófiso - hipotalámico), aumenta la utilización de la glucosa por las neuronas y facilita los procesos oxidáticos	Accidentes vasculares cerebrales, estados comatosos tóxicos, vasculares, posttraumáticos, trastornos de la vigilia en geriatría y pediatría, confusiones seniles, trastornos del desarrollo psicomotor de la infancia, manifestaciones de inadaptación, alcoholismo crónico	Insomnio, ansiedad, no actúa sobre el simpático, débil acción sobre el parasimpático, protección contra los fenómenos de anóxicos, aumento de la utilización de glucosa; contraindicaciones: estados ansiosos, delirantes.
Euclidán	dietilamino-etoxi-(carbonil) 3-piridina	Aumento del consumo de oxígeno, favorece la transmisión sináptica, aumenta la permeabilidad celular al potasio	Estados de agotamiento físico e intelectual en los viejos	Acaloradas, efecto vasodilatador periférico, efecto adrenolítico
Piritioxina	disulfuro de dihidroxi-(3-hidroxi-metil)-4-metil-2-piridil-5-metilo + Vitamina B_{12}	Aumento del metabolismo cerebral por acciones ergótropas y dinamógenas	Neuralgia del trigémino, arteriosclerosis cerebral, síndrome postconmocional, neurastenias, déficit cerebral de los parkinsonianos, degeneración senil, insuficiencia psíquica en los epilépticos.	

b) ESTIMULANTES PUROS DE LA VIGILIA

Denominación común	*Nombre químico*	*Acción y efectos en el sistema nervioso central*	*Indicaciones psiquiátricas, neurológicas y medicina general*	*Efectos secundarios y particularidades*
1-amfetamina	1-fenil-isopropil-amino-sulfato	Anti-MAO en el sistema nervioso central, aumento de la actividad de las catecolaminas	Sobrecarga física e intelectual; anorexiante	Hiperreflexia, habituación, depresión, hipertensión, aumento de la tensión interior; evitar, en los epilépticos e hipertensos, no asociar con los inhibidores de la mono - amino - oxidasa; contraindicado en los estados depresivos graves y melancolías
Metamfetamina	dl-2-metil-amino-1-fenil-propano, clorhidrato	Íd.	Íd.	Íd.

c) EXCITANTES CENTRALES

Cafeína	1-3-7-metil-xantina	Estimulante del sistema neurovegetativo, inhibidor de la MAO	Similares de las amfetaminas	Trastornos cardiovasculares, taquicardia; diurético
Bemegrida	4-etil-4-metil-2-6-dioxo-piperidina	Estimulante central y periférico	Intoxicaciones y comas por barbitúricos, CO, estados de agotamiento, síndromes neuríticos dolorosos, estados depresivos ligeros	Náuseas, vómitos, excitación psíquica, insomnio, anorexia, temblor; sin efecto psicotónico, acción epileptógena, no asociar con neurolépticos, compatible con barbitúricos y tranquilizantes
Pemolina	5-fenil-2-amino-4-oxo-oxazolidina	Estimulante del sistema nervioso y vegetativo	Fatiga crónica, astenias, convalecencias, estados depresivos, depresiones asténicas, dificultades escolares	Dificulta el sueño, cefaleas fugaces, tensión, irritabilidad, no euforizante, no anorexiante, acción sobre la memoria

2. *Fármacos que actúan disminuyendo el nivel vigil*

a) Hipnóticos

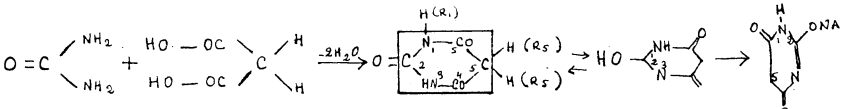
Se denomina hipnótico a una droga que produce sueño semejante al natural o fisiológico. Debe señalarse que la acción de los hipnóticos sobre el sistema nervioso central se asemeja a la de los anestésicos generales y que la diferencia entre el efecto hipnótico y la anestesia general es una cuestión de grado.

α) Hipnóticos barbitúricos

β) Hipnóticos no barbitúricos

LOS BARBITÚRICOS

(Datos de Maynert y Van Dyke; Daniels y Jorgensen)



Urea — Ácido malónico — Ácido barbitúrico o malonilurea (Forma cetónica o lactámica / Forma enólica o lactímica) — Sal sódica

GRUPO *Duración*	*Barbitúrico*	*Nombre químico*
Prolongada o larga	Barbital (Veronal)	Ácido 5,5-dietilbarbitúrico
	Barbital sódico (Veronal sódico)	5,5-Dietil barbiturato sódico
	Fenobarbital (Luminal)	Ácido 5-etil-5-fenilbarbitúrico
	Fenobarbital sódico (Luminal sódico)	5-Etil-5-fenilbarbiturato sódico
	Mefobarbital (Prominal)	Ácido 1-metil-5-etil-5-fenilbarbitúrico
Intermedia o moderada	Butabarbital sódico (Butisol sódico)	5-Etil-5-sec-butilbarbiturato sódico
	Amobarbital (Amytal)	Ácido 5-etil-5-isoamilbarbitúrico
	Amobarbital sódico (Amytal sódico)	5-Etil-5-isoamilbarbiturato sódico
	Vinbarbital (Delvinal)	Ácido 5-etil-5-(1-metil-1-butenil) barbitúrico
	Aprobarbital (Numal)	Ácido 5-alil-5-isopropilbarbitúrico
	Ácido dialilbarbitúrico (Dial)	Ácido 5,5-dialilbarbitúrico

GRUPO *Duración*	*Barbitúrico*	*Nombre químico*
Corta	Pentotalbarbital sódico (Embutal)	5-Etil-5-(1-metilbutil) barbiturato sódico
	Pentobarbital cálcico (Embutal C)	5-Etil-5-(1-metilbutil) barbiturato cálcico
	Ciclobarbital (Fanodormo)	Ácido 5-etil-5-(1-ciclohexenil) barbitúrico
	Heptabarbital (Medomine)	Ácido 5-etil-5-(1-ciclohepten-1-il) barbitúrico
	Secobarbital sódico (Seconal sódico)	5-Alil-5-(1-metilbutil) barbiturato sódico
	Hexobarbital (Evipan)	Ácido 1,5-dimetil-5-(1-ciclohexenil) barbitúrico
Ultracorta (vía endovenosa)	Hexobarbital sódico (Evipan sódico)	1,5-Dimetil-5-(1-ciclohexenil) barbiturato sódico
	Tiopental sódico (Pentothal sódico)	5-Etil-5-(1-metilbutil)-2-tiobarbiturato sódico
	Tiamital sódico (Surital sódico)	5-Alil-5-(1-metilbutil)-2-tiobarbiturato sódico
	Tialbarbital sódico (Kemithal)	5-Alil-5-(Δ^2 ciclohexenil)-2-tiobarbiturato sódico

HIPNÓTICOS NO BARBITÚRICOS

(Datos de Daniels y Jorgensen)

Grupo	*Droga*
Aldehídos halogenados y derivados	Hidrato de cloral Hidrato de tricloroacetaldehído 1,1,1-Tricloro-2,2-etandiol
	Clorobutanol (alcohol triclorobutílico) (Cloretona)
	1,1,1-Tricloro-2-metil-2-propanol
Aldehídos polimerizados	Paraldehído, Paracetaldehído
Ésteres del ácido carbámico o uretanos	Uretano, Carbamato de etilo, Etinamato (Valmid)
	Carbamato de 1-etinil-ciclohexilo
Ureídos, acíclicos o monoureídos	Bromisovalum (Bromural) Bromoisovalerilurea
	Carbromal (Adalina) Bromodietilacetilurea
	Alilisopropilacetilurea (Sedormid)

Grupo	*Droga*
Piperidindionas	Glutetimida (Doridén) 3,3-Etilfenil-2,6-piperi-dindiona α-Fenil-α-etilglutarimida Metiprilon (Noludar) 3,3-Dietil-5-metil-2,4-piperidin-diona
Esteroides	Hidroxidiona (hidroxidiona succinato sódico) (Viadril) 21-Hidroxipregnan-3-2-dionasuccinato sódico

Bajo efectos de dosis hipnóticas, los barbitúricos producen en el electroencefalograma las mismas modificaciones del sueño normal, es decir, un trazado sincronizado, con aparición de ondas lentas y amplias (ondas delta), y descargas intercaladas de husos de sueño. Esta fase de dormir es precedida por una actividad de alto voltaje y rápida (GIBBS y col., BRAZIER y FINESINGER), pero lo fundamental es el retardo del ritmo y la sincronización observados en el sueño y en la anestesia general producidos por los barbitúricos.

Los estudios de MAYNERT y VAN DIKE, al utilizar barbitúricos que contienen un isótopo pesado de nitrógeno (N15), han demostrado que no existe ninguna distribución selectiva de estas drogas y que su concentración en las distintas partes del sistema nervioso es más o menos igual que en los otros órganos de la economía de manera que los barbitúricos son distribuidos uniformemente en el sistema nervioso central.

Se acepta que los barbitúricos provocan una parálisis descendente no selectiva del sistema nervioso central. Ahora bien, ARDUINI y ARDUINI han demostrado en el conejo que dichas drogas suprimen la respuesta de despertar del electrocorticograma — desincronización — producida por un estímulo externo o por la estimulación eléctrica directa de la formación reticular mesencefálica. Por otra parte, FRENCH y col. han observado en el mono disminución de la actividad eléctrica espontánea en dicha formación reticular por acción de los barbitúricos; además, los impulsos producidos a ese nivel por estimulación auditiva o del nervio ciático son bloqueados por dichas drogas, mientras que los que se transmiten por las vías lemniscales no lo son.

Por tanto, el sueño que producen los barbitúricos se debe a la depresión del sistema reticular activador del tronco cerebral; no se trata de una acción selectiva, sino que la formación reticular es particularmente susceptible a los trastornos metabólicos oxidativos debido al gran número de sinapsis (FRENCH y col.), y así es influida por la mayoría de las drogas depresoras del sistema nervioso central; desde luego, los barbitúricos también deprimen la corteza cerebral, pues a pequeñas dosis ya afectan los procesos mentales (LEHMANN).

Se acepta hoy unánimemente que el mecanismo de acción de los barbitú-

ricos es por alteración del metabolismo cerebral; efectivamente, MICHAELIS y QUASTEL han demostrado que se inhibe la oxidación de la glucosa en el tejido cerebral, deprimiendo la actividad enzimática de las flavoproteínas; esta inhibición del metabolismo oxidativo baja la actividad funcional de las células nerviosas. Además, BRODY y BAIN demostraron que dichas drogas impiden los procesos de fosforilación en el sistema nervioso central, cuya importancia en el metabolismo hidrocarbonado es obvia.

b) Narcóticos

Como sabemos, la anestesia general o narcosis es un estado reversible caracterizado por la pérdida de la sensibilidad y de la conciencia vigil, así como de la reflectividad y motilidad. Las sustancias que la provocan se denominan anestésicos generales. El mecanismo de acción es muy similar al de los barbitúricos; MICHAELIS y QUASTEL comprobaron que los anestésicos generales producen depresión del sistema nervioso central por afectación de la oxidación de los hidratos de carbono. Los citados autores hallaron esta inhibición *in vitro* en cortes de tejido cerebral en los cuales se deprime la actividad enzimática de las flavoproteínas, componente normal de los sistemas oxidativos de las neuronas.

Se ha dicho que los anestésicos generales producen una parálisis descendente del sistema nervioso central; su acción se asemeja a la del alcohol, con la diferencia de que este último produce excitación — en realidad parálisis de la inhibición — antes de la pérdida de conciencia, mientras que los anestésicos generales provocan una pérdida precoz de conciencia, apareciendo luego el período de excitación (LITTER).

Es interesante observar que en la primera fase o de analgesia se ha comprobado un electroencefalograma de ondas rápidas y bajo voltaje, desincronizado, tal como sucede en el sujeto alerta (ARTUSIO), si bien posteriormente el trazado adquirirá las características de sueño profundo, sincronizado, con ondas delta de elevado voltaje.

B) SUSTANCIAS QUE CREAN UN ESTADO ESPECIAL DE CONCIENCIA AL QUE PROPONEMOS LLAMAR ESTADO DE CONCIENCIA ENSIMISMADA

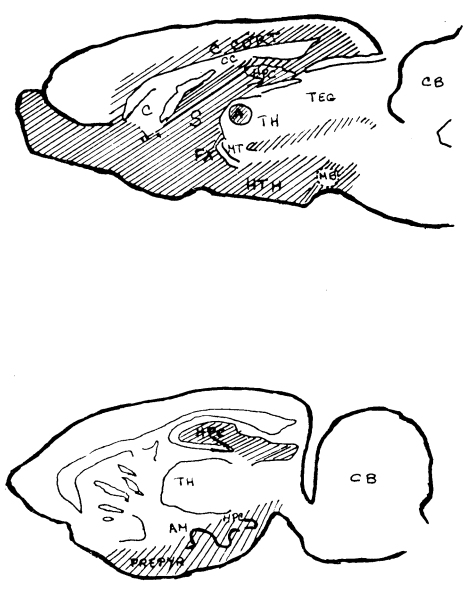
1. *Fármacos que crean un estado de conciencia gratificada*

Los sentimientos elementales de tipo primitivo, tales como el placer y el displacer, acompañan y matizan el curso de diversas actividades que tienen por finalidad procurar la satisfacción de los impulsos primordiales de fondo endotímico.

Recientemente los trabajos experimentales de OLDS y DELGADO han per-

mitido descubrir zonas encefálicas que tienen relación con estos sentimientos elementales. Utilizando la rata como objeto de experimentación, implantaron crónicamente electrodos en diferentes puntos del encéfalo. El electrodo está conectado a un aparato especial de tal modo que la propia rata, pisando un pedal, cierra el circuito y se administra un choque eléctrico de 60 ciclos por segundo y de 5 a 100 microamperios de intensidad con 0,5 segundos de duración.

Cuando el electrodo está situado en zonas neutras del cerebro, la rata, en sus movimientos por la jaula, aprieta sin querer el pedal unas cinco veces por hora; en cambio, si el electrodo se sitúa en las áreas cerebrales indicadas en el esquema (fig. 1) por un rayado oblicuo, la situación cambia significativa-



A. — *Sección sagital de un cerebro de rata.*
B. — *Sección parasagital del mismo cerebro.*
C CORT=Corteza cingular
CC=Cuerpo calloso
C=Núcleo caudado
S=Región septal
HPC=Corteza del complejo hipocampal
FX=Fórnix
A=Núcleo anterior del tálamo
TH=Tálamo
MT=Fascículo mamilo-talámico
HTH=Hipotálamo
MB=Tubérculo mamilar
TEG=Tegmento mesencefálico
AM=Núcleo amigdalino
PREPYIR=Corteza prepiriforme
CB=Cerebelo

(Tomado de James Olds.)

FIGURA 1

mente; en estas condiciones la rata pisa el pedal 200 veces por hora o más. Debido a ello, OLDS designa a estas regiones con el gráfico apelativo de áreas de gratificación.

La zona de gratificación se extiende ampliamente por el encéfalo y comprende las siguientes regiones:

Hipotálamo, especialmente el segmento inmediatamente anterior a los tubérculos mamilares. El área preóptica se muestra también muy "irritable" (unos 3.000 choques por hora).

Área septal.
Complejo hipocampal.
Corteza del *gyrus cinguli.*
Corteza prepiriforme y núcleo amigdalino.
Núcleo interpeduncular del mesencéfalo. (Hasta 7.000 autoestimulaciones por hora.)
Núcleo anterior del tálamo.

El gráfico (fig. 2) corresponde a una experiencia de autoestimulación continua; en completa libertad de autoestimulación, la rata pisa insistentemente el pedal durante 24 horas seguidas rebasando la cifra de 50.000 estimula-

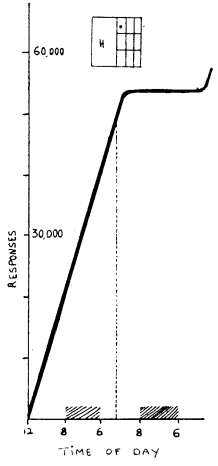


FIGURA 2
Experiencia de autoestimulación continua.
(Tomado de James Olds.)

ciones; agotado por este proceso de estimulación continua, el animal duerme algún tiempo para luego recomenzar las autoestimulaciones al mismo ritmo que antes de dormir.

Datos similares a los descritos han sido recogidos por DELGADO en monos y por ello podemos suponer que la existencia de zonas cerebrales de gratificación es un hecho común a todas las especies; por ello también podemos extender estos datos al hombre y postular una distribución parecida de regiones gratificantes para el encéfalo humano.

Según estos datos experimentales, habrá que concebir a las poblaciones neuronales de las zonas de gratificación como un mecanismo relativamente

difuso cuya puesta en marcha constituye la fundamentación neurobiológica de los sentimientos elementales hedónicos.

Es de sospechar que las sustancias químicas que producen estados gratificantes lo hagan desconectando la corteza "de relación" y ensimismando la conciencia hacia lo placentero por predominio de la actividad de las poblaciones neuronales más arriba descritas; no obstante, la acción gratificante puede ser muy compleja, y aún de índole psicológica muy elaborada en situaciones en las que la tensión emocional y los sentimientos de frustración quedan suprimidos por la "evasión" química que, al marginar los obstáculos ambientales, procura una sensación eufórica basando la conciencia en el principio del placer.

Los fármacos gratificantes más típicos son los derivados del opio y la cocaína; sin embargo, debido a este matiz psicológico expuesto anteriormente, cualquier sustancia capaz de ensimismar al sujeto y desligarle de su compromiso ambiental con situaciones frustrantes puede actuar como fármaco gratificante.

Tipos

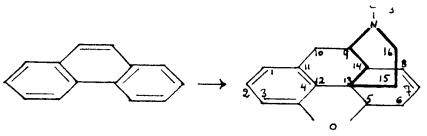
a) *Alcohol*: A pesar de la opinión corriente de que el alcohol es un estimulante nervioso debido a que a dosis moderadas provoca un aumento de la actividad, estudios cuidadosos demuestran que en realidad se trata de un depresor del sistema nervioso central y que la aparente estimulación se debe a la liberación de los centros inferiores por depresión de los corticales superiores que ejercen normalmente una influencia inhibidora sobre los primeros; se trata, en el sentir de Litter, de una parálisis del freno.

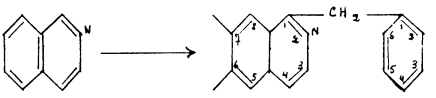
Electroencefalograma: Es semejante al que producen los anestésicos generales; al avanzar el grado de intoxicación, el alcohol determina un retardo cada vez mayor de las ondas cerebrales (Toman).

b) *Drogas hipnoalgésicas*: Se llaman drogas hipnoalgésicas a las que producen alivio del dolor y sueño. Son analgésicas las sustancias que tienen la propiedad de suprimir el dolor al actuar directamente sobre el sistema nervioso central.

Podemos diferenciar dos tipos fundamentales, los derivados del opio y semisintéticos y los derivados sintéticos.

ALCALOIDES DEL OPIO Y DERIVADOS SEMISINTÉTICOS
(Datos de Soine y Willette)

Clase	*Grupo*	*Alcaloide*
		 Fenantreno Morfina
Alcaloides	Naturales	Morfina, clorhidrato Codeína, fosfato Fosfato de 5 metilmorfina Tebaina 3,6 Demitilmorfina
Fenantrénicos	Semisintéticos	Etilmorfina, Clorhidrato (Dionina) Clorhidrato de 3-etilmorfina Diacetilmorfina, clorhidrato (Clorhidrato de heroína) Clorhidrato de 3,6-diacetilmorfina Dihidromorfinona, clorhidrato (Dilandil) Clorhidrato de 7,8-dihidro-6-morfinona Metopón, clorhidrato Clorhidrato de 7-metil-7,8-dihidro-6-morfinona Dihidrocodeinona, bitartrato (Dicodid) Bitartrato de 3-metil-7,8-dihidro-6-morfinona Oxicodona, clorhidrato (Clorhidrato de dihidrohidroxicodeinona) (Eucodal) Clorhidrato de 3-metil-7,8-dihidro-14-hidroxi-6-morfinona Nalorfina 2, clorhidrato (Nalline) Clorhidrato de N-alilnormorfina

Clase	*Grupo*	*Alcaloide*
Alcaloides bencil-isoquinolínicos	Naturales	 Isoquinolina 1-Bencilisoquinolina
		Papaverina, clorhidrato Clorhidrato de 6, 7, 3', 4'-tetrametoxi-1-bencilisoquinolina Narcotina (noscapina) 2-metil-8-metoxi-6, 7-metilendioxi-1-(3', 4'-dimetoxi-1'-ftalidil)-1, 2, 3, 4-tetrahidroisoquinolina Narceina

Los hipnoanalgésicos sintéticos

(Datos del Comité de Expertos; Soine y Willette)

Grupo	*Droga*
Estructura química de la morfina	
Tipo de la petidina o meperidina (derivados de la fenilpiperidina)	Meperidina, clorhidrato (Petidina; Dolantina; Demerol) Clorhidrato de 1-metil-4-fenil-piperidin-4-carboxilato de etilo
Tipo de la metadona	Metadona, clorhidrato (Polamidón) Clorhidrato de dl-2-dimetil-amino-4,4-difenil-5-heptanona Dextromoramida, tartrato (R 875; Dauran) Tartrato de d-2,2-difenil-3-metil-4-morfolinobutirilpirrolidina
Tipo del morfinán	Levorfanol, tartrato (Tartrato de levorfanol; Dromoran) Tartrato de 1-3-hidroxi-N-metilmorfinan

Electroencefalograma: el trazado en el hombre y en los animales, no se altera, tomando la morfina como tipo, con dosis que no llegan a producir sueño; con dosis mayores, al provocar el mismo, surgen modificaciones semejantes a los barbitúricos, especialmente ondas delta, expresivas de la sincronización (TOMAN y DAVIS).

El mecanismo de acción parece ser la depresión del complejo tálamo-lóbulo prefrontal; hay un bloqueo de la formación reticular y depresión generalizada de la corteza cerebral directamente.

2. *Fármacos que originan el estado oniroide yatrógeno o psicodislépticos*

Su acción se caracteriza por la producción de lo que se ha dado en llamar psicosis experimentales transitorias, cuya sintomatología varía de unos sujetos a otros y comprende trastornos del yo tipo despersonalización, ideas delirantes, ilusiones y alucinaciones. Forman desde el punto de vista clínico un grupo relativamente homogéneo en lo que concierne a efectos psíquicos; actúan en sinergia con los psicotónicos, es decir, su acción psicodisléptica se ve reforzada por la administración de drogas psicotónicas. Producen una verdadera desintegración estructural de la conciencia ordinaria, con un desbloqueo psíquico y una reactivización de acontecimientos pretéritos. Su efecto queda suspendido por la clorpromazina y el fenobarbital.

Las manifestaciones secundarias son siempre transitorias y consisten en náuseas, vómitos, vértigos, sequedad de boca, midríasis, taquicardia, piloerección y ocasionalmente hipertermia, hipertensión e hiperglicemia.

TIPOS

Derivados de la fenetilamina.
Derivados del indol.
De acción anticolinérgica.
Estimulantes de las funciones colinérgicas.
Otros.

a) DERIVADO DE LA FENETILAMINA

Denominación común	*Nombre químico*	*Acción y efectos en el sistema nervioso central*	*Efectos psíquicos*	*Utilización en Psiquiatría*	*Particularidades*
Mescalina	3,4,5-trimetoxi-fenetil-amina	Estimulación de las zonas ergótropas del diencéfalo, activación de los reflejos mono y polisinápticos	Estados de excitación, trastornos sensoriales, alucinaciones, resurgimiento del subconsciente acompañado de hipertermia, hiperglicemia, midriasis, piloerección taquípnea	Coadyuvante de la psicoterapia en las psiconeurosis graves	Extracto del cactus Peyotl, fuerte psicotomimítico, efectos anticonvulsivos

b) PSICOTOMIMETICOS DERIVADOS DEL INDOL

Bufotenina	5-hidroxi-dimetil-tryptamina	Estimulación de las zonas ergótropas del diencéfalo, activación de los reflejos medulares mono y polisinápticos	Desbloqueo psíquico, alucinaciones auditivas con pérdidas temporales del juicio, humor disfórico y ansioso con bradicardia, hipertensión, vértigos	Coadyuvante de la psicoterapia en las psiconeurosis graves y resistentes a otras terapéuticas, en medio hospitalario	Psicotomimético ligero y de corta duración, efectos anticonvulsivos
Psilocyna	4-hidroxi-dimetil-tryptamina	Íd.	Íd.		Extracto del hongo psilociba mejicana Heim, psicotomimético poderoso, efectos anticonvulsivos
Psilocybina	4-fosforil-oxidimetil-tryptamina	Íd.	Íd.	Neurosis obsesivas, histéricas, de angustia, alcoholismo crónico, perversiones sexuales, delicuencias juveniles, en medio hospitalario	Íd.

c) PSICOTOMIMETICOS DE ACCION ANTICOLINERGICA

Denominación común	*Nombre químico*	*Acción y efectos en el sistema nervioso central*	*Efectos psíquicos*	*Utilización en Psiquiatría*	*Particularidades*
LA 111	Amida del ácido d-lisérgico	Íd.	Íd.		Extracto del ololiu, de muy ligero efecto psicotomimético, anticonvulsivo
LSD 25 Lisergamida	Dietilamida del ácido lisérgico	Inhibición de la colinesterasa y de la MAO	Íd.	Como la indocybina	Sustancia sintética, el más fuerte psicotomimético actual, efectos anticonvulsivos

d) PSICOTOMIMETICOS ESTIMULANTES DE LAS FUNCIONES COLINERGICAS

Fencyclidina	(Fenil-1'-ciclo-hexil)-1-piperidina	Estimulante colinérgico central	Trastornos de la asociación, negativismo, apatía, trastornos del esquema corporal, no alucinaciones	Para provocar reviviscencias del subconsciente, reminiscencias de etapas olvidadas, coadyuvante de la psicoterapia en las psiconeurosis graves, en medio hospitalario	No es anticolinérgico, estimula las funciones colinérgicas, disminuye la sensibilidad al dolor, utilizado también como analgésico

e) OTROS

Opuntia cylindrica (alcaloides)
Adrenocromo
Adrenolutin
Taraxeína

Acción sobre el electroencefalograma: ELKES y cols. hallan en el gato, tras la administración de LSD, un aplanamiento de los trazados con desaparición de las ondas lentas y de alto voltaje preexistentes. RINALDI y HINWICH obtienen en el conejo curarizado aumento de la frecuencia media y la aparición de una actividad rápida y de bajo voltaje. Los estudios de siete casos de psicosis lisérgica llevados a cabo por VILA BADÓ ponen de relieve una tendencia a la desincronización de los trazados, con aplanamiento y ritmos rápidos; en dos casos se observaron salvas de ondas theta en región temporal profunda. Las investigaciones de VERDEAUX, tras la administración intravenosa de mescalina, ponen de manifiesto unos trazados aplanados, casi en constante reacción de "arrêt" que son cambiados a un ritmo alfa típico tras la inyección de clorpromazina.

Mecanismo de acción: Para muchos autores, la acción de estas drogas se haría a través del sistema reticular del tronco del encéfalo.

FISCHER ha señalado que los fármacos psicodislépticos tienen dos cadenas del tipo N-C-C-N, en las que existen tres átomos de carbono entre un grupo amínico primario y un N del núcleo cíclico. Una estructura similar, denominada por el mismo autor "cola de LSD", se halla en el azul de metileno, compartiendo con él la propiedad de ser absorbidas *in vitro* por la proteína de la lana; este hecho ha inducido a FISCHER a considerar la posibilidad de que los receptores, que serán las zonas de fijación de la cola LSD, tengan una estructura proteica fibrosa similar a la de la proteína de la lana.

Para otros, la acción se debería a la liberación oxidativa de un núcleo indol que sería el verdaderamente activo.

Mucho se ha hablado sobre la acción antiserotonínica del LSD, pero el hecho de que muchos psicodislépticos típicos, como la mescalina, beneficien la economía de la serotonina, deja en suspenso esta interpretación.

El adrenocromo, potente psicodisléptico, parece actuar, por tratarse de una quinona, oxidando el grupo sulfhidrilo del glutatión, proteínas y enzimas, inhibiendo algunas de éstas del ciclo glicolítico de Meyerhoff y del ciclo de los ácidos tricarboxílicos. Para MARTIN ejerce su acción inhibiendo la acción de la tirosinasa y beneficiando así el "stock" catecolamínico.

Lo que se desprende de las investigaciones con los diversos fármacos alucinógenos es que, si bien tienen con toda probabilidad una modalidad bioquímica diferente de acción, los efectos neurofisiológicos resultantes deben ser los mismos, pues tanto los electroencefalogramas como los electrocorticogramas dan resultados concordantes.

Sobre la vertiente psíquica la acción de estas drogas consiste en un progresivo aislamiento del perimundo. El cortejo sintomático de despersonalización, fenómenos alucinatorios, etc., es, para nosotros, una resultante colateral del ensimismamiento, en especial cuando ese despegamiento de los estados de consciencia ordinaria se hace incompletamente; en tal caso, la valorización

de los hechos objetivos se hace sin atender a criterios habituales y reales, sino sobre la base de la infinita posibilidad que se atisba en el campo interior de la consciencia. Desde hace unos quince años HEBB viene estudiando los resultados del aislamiento sensorial en los animales y el hombre. Aislados los animales desde muy jóvenes, llegan a un estado de indiferencia mezclado con reacciones agresivas imprevistas, en ocasiones sin meditar un estímulo externo aún indiferente. En el hombre se han conseguido despersonalizaciones, reducción de la capacidad intelectual, alucinaciones, etc.; la analogía es clara.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DIFERENTES DATOS EXPUESTOS

Tras haber pasado revista general de los principales fármacos que actúan sobre la conciencia, quisiéramos hacer hincapié en algunos aspectos que consideramos de sumo interés y que pueden arrojar alguna luz sobre los actuales conceptos de la conciencia, los ensueños y estados sofrónicos.

Para nosotros, la tradicional separación sueño-vigilia es solamente válida si de los niveles de "sueño" excluimos los ensueños, puesto que, desde el punto de vista electroencefalográfico y fenomenológico no consideramos que los ensueños puedan incluirse en la escala de niveles de conciencia ordinaria que, desde el nivel hipervigil, lleva progresivamente hasta el coma.

Desde DEMENT y KLEITMANN, electroencefalográficamente, las características de los diversos niveles de conciencia ordinaria tienen su reconocimiento en los siguientes *patterns* bioeléctricos:

Niveles	*Actividad bioeléctrica*
Hipervigil	Ritmos beta rápidos
Vigil	Ritmos beta
Vigil de reposo	Ritmos alfa
I de sueño	Ritmos alfa interrumpidos por algún brote de husos
II de sueño	Aumento de los husos a expensas del alfa
III de sueño	Desaparición casi completa del alfa, predominio de los husos, aparición de grupos delta; "K-complexes" que responden a estímulos que no llegan a despertar
IV de sueño	Delta predominante

La dificultad para despertar al durmiente se hace gradualmente mayor de la fase I a la IV.

Desde el descubrimiento e interpretación de JOUVET y BONVALLET de las hoy llamadas fases R.E.M. o de sueño paradójico, el ensueño se nos aparece como algo radicalmente distinto del sueño; no es una sincronización sino una desincronización, como una forma especial de lo vigil, pero desconectada del mundo ambiental realizando un estado de conciencia al que proponemos llamar ESTADO DE CONCIENCIA ENSIMISMADA ONÍRICA, recargando el acento en todo el valor y la riqueza semántica de la palabra en-si-mismada; estado en el que la conciencia se vuelve hacia los contenidos que le son propios, a su patrimonio mnésico y aun arquetípico. Expresión somática de esta desconexión del *umwelt* es la hipotonía muscular, más intensa que en la fase IV del sueño, y que tiene como única excepción la musculatura nucal y ocular — por otra parte, típicas zonas de proyección de la atención —, en la que se halla una hipertonía que no hace sino traslucir la enorme atención psíquica prestada a las imágenes interiores puestas en juego.

Es en esta fase en la que, sin husos de sueño ni ondas delta, el umbral de despertar es mucho más elevado que en la fase IV del sueño. Y así dice H. EY: "todo ocurre como si en esta nueva organización cerebral el cierre de las relaciones senso-motrices con el mundo fuera hermético, como si una "hipnosis" por las imágenes, característica de la experiencia onírica, fuera a la vez guardiana y prisionera del dormir".

Así las cosas, queremos hacer notar algo que a nuestro juicio presenta un enorme interés, la aparente paradoja de *unos ritmos especialmente rápidos coincidiendo con una absoluta desconexión del ambiente*. Nos parece capital el descubrimiento de la correspondencia entre ritmos beta muy rápidos y aislamiento, ensimismamiento, ya que este mismo fenómeno lo hemos hallado en las situaciones más características de alejamiento de la conciencia ordinaria de nivel vigil: ensueño, psicodislépticos y, como veremos más adelante, estados sofrónicos. En este estado, la conciencia ensimismada, vuelta sobre sí, herméticamente cerrada a los influjos del perimundo "aquí y ahora", evadida de su constitución campina ordinaria de actualidad, hace crisis de sus dos vectores temporal y espacial en lo que tienen de trepa de lo vivido, para surgir, liberada de las limitaciones del *continuum* espacio-tiempo, a un mundo de infinita posibilidad y libertad.

Recordemos aquí lo dicho más arriba sobre cambios electroencefalográficos de los psicodislépticos: similitud con los del ensueño; aún más, un anestésico que realiza su narcosis con ritmos rápidos, el éter, manejado a dosis bajas y en progresión muy gradual, es capaz de provocar un estado en todo similar a la intoxicación mescalínica. En el curso de nuestra autoexperiencia con ambos fármacos, resultaba difícil hallar diferencias fenomenológicas entre los efectos producidos por ambos fármacos; sólo la rica luminosidad de

los colores en la conciencia oniroide mescalínica, por un lado, y la absoluta desaparición del tiempo con trascendentalización de la forma en la experiencia etérea, por el otro, nos parecieron criterios distintivos.

Traigamos por último a colación el interesante trabajo de CAYCEDO sobre Relajación, Hipnosis, Yoga y Zen, con análisis electrográficos en 41 sofronizados, en el que se comprueba, una vez más, la coincidencia de estos diversos estados con trazados desincronizados, manifestación, según nuestras ideas, del ensimismamiento de la conciencia.

Queremos concluir, a modo de resumen y síntesis de lo expuesto, afirmando que, para nosotros, los datos electroencefalográficos y fenomenológicos recogidos de la acción de los psicodislépticos y su similitud con los propios de los ensueños o los estados de conciencia sofrónica, nos sugiere la posibilidad de ser agrupados bajo el epígrafe genérico de ESTADOS DE CONCIENCIA ENSIMISMADA, dentro del cual cabrían tres apartados:

1. Estados fisiológicos de conciencia ensimismada (los ensueños).
2. Estados yatrógenos de conciencia ensimismada (drogas gratificantes y psicodislépticos).
3. Estados sofrónicos.

En todos ellos, la relación con el mundo exterior se debilita hasta llegar a desaparecer en los niveles más profundos, en los que un oscuro presentimiento de Verdad Universal comienza a entreverse como en los estados Samadhi.

"Desde la simple brizna de hierba hasta Brahman, la Creación es para bien del alma, *hasta que se llegue al conocimiento supremo*" (Samkhya-Sutra, III, 47.)

			ESTADOS DE CONCIENCIA ENSIMISMADA			
	Conciencia patológica	*Conciencia ordinaria (o en relación con el mundo)*	*Conciencia onírica*	*Conciencia gratificada yatrógena*	*Conciencia oniroide yatrógena*	*Estados de conciencia sofrónica*
Niveles						
		Vigilia				
		Sueño				

DR. FEDERICO PALLARDO SALCEDO, Médico Neuropsiquiatra. Profesor de Neurofisiología de la Facultad de Medicina de Valencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARDUINI, A., y ARDUINI, M. G.: *Effect or drugs and metabolic alterations on brains stem arousal mechanism.* "J. Pharmacol. Exper. Therap.", 1954, 110, 76.

ARTUSIO, J. F., y MAZZIA, V. D. B.: *Practical Anesthesiology, The.* C. V. Mosby Co., San Luis, 1962.

BERGEL, N. A.; TRAVIS, L. E.; OLINGER, L. B., y DREIKUS, E.: *Model psychosis induced by LSD-25 in normals.* "Arch. Neurol. and Psychiatr.", 75, pág. 612, 1956.

BOGDANSKY, D. F.; WEISSBACH, H., y UDENFRIEND, S.: *The distribution of serotonin, 5-hidrozytryptophan decarboxylase and monoamine oxidase in brain.* "Jour. Neurochem.", 1, pág. 272, 1957.

BRAZIER, M. A. B., y FINESINGER, J. E.: *Action of barbiturates on the cerebral cortex. Electroencephalographic studies.* "Arch. Neurol. Psychiat.", 53, 51, 1945.

BUSCAINO, G. A., y FRONGIA, N.: *Modificazioni biochimiche, elettroencefalografiche, istochimiche ed istopatologiche, in cani, durante la intossicazione sperimentale acuta e cronica da dietilamide dell'acido lisergico.* "Act. Neurol.", núm. 7, pág. 641, 1953.

CABALEIRO GOAS, M.: *Temas psiquiátricos. Cuestiones generales y direcciones de investigación.* Editorial Paz Montalvo, Madrid, 1959.

CAYCEDO, A.: *Sophrology and Psychosomatic Medicine.* "The American Journal of Clinical Hypnosis", vol. VII, núm. 2, octubre 1964.

CAYCEDO, A.: *Relajación, Hipnosis, Yoga, Zen: Fenómenos unitarios.* "Revista Ibero Americana de Sofrología", Buenos Aires, 1965.

COMITÉ DE EXPERTOS EN DROGAS TOXICOMANÍGENAS: *Octavo informe.* Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1958.

DANIELS, T. C., y JORGENSEN, E. C.: *Central nervous system depressants.* En WILSON, C. O., y GISVOLD, O.: "Textbook of Organic Medicinal and Pharmaceutical Chemistry", 4.ª ed. J. B. Lippincott Co., Filadelfia, 330, 1962.

DELAY, J., y DENIKER, P.: *Méthodes chimiothérapiques en Psychiatrie.* "Les Nouveaux Médicaments Psychotropes", Masson et Cie., París, 1961.

DENBER, H. C. B.: *Chlorpromazine et mescaline.* Colloq. Intern. sur la Chlorpromazine. París, 1955. "L'Encéphale", núm. 4, págs. 440-443, 1956.

ELKES, J.: ELKES, C., y BRADLEY, P. B.: *Jour. Mental Sc.,* 100, págs. 125-128, 1954.

ELIADE, MIRCEA: *Yoga, Inmortalidad y Libertad.* Ediciones Leviatán, Buenos Aires.

EY, HENRI: *La Conciencia.* Editorial Gredos, Madrid, 1967.

Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Psychiatrie, tomos I-II, París.

FISCHER, R.: *Factors involved in drug produced model psychoses.* "Experientia", vol. X, pág. 435, 1954.

FISCHER, R.; GEORGI, F., y WEBER, R.: Schweiz. Med. Wschr., 81, págs. 817-828, 1951.

FRENCH, J. D.; VERZEANO, M., y MAGOUN, H. W. A.: *Neural basis of the anesthetic state.* "A.M.A. Arch. Neurol. Psychiat.", 69, 519, 1953.

GASTAUT, H.; FERRER, S., y CASTELLS, C.: *Action de la diéthylamide de l'acide d-lysergique.* "Confinia Neurol.", 13, págs. 102-120, 1953.

GIBBS, F. A.; GIBBS, E. L., y LENNOX, W. G.: *Effect on the electroencephalogram of certain drugs which influence nervous activity.* "Arch. Int. Med.", 60, 154, 1937.

GOODMAN, L. S., y GILMAN, A.: *The Pharmacological Basis of Therapeutics,* Nueva York, 1955.

GÓMEZ BOSQUE, P.; BENITO ARRANZ, S.; CARRERES QUEVEDO, J.: *El Sistema Nervioso Central.* Editorial Sever, Valladolid, 1968.

HIMWICH, H. E.: *The effect of Frenquel on E.E.G. changes produced by LSD-25 and Mescaline*. Reunión anual de la American Psychiatric Association (Atlantic City, Nueva Jersey, 1955). *Lysergic acid diethylamide and Mescaline in Experimental Psychiatric*. Grune-Stratton, Nueva York-Londres, 1956.

HUXLEY, A.: *Las puertas de la percepción*. Edit. Sudamericana, Buenos Aires, 1956. *Mescaline and the "Other World"*. Reunión anual de la American Psychiatric Association (Atlantic City, Nueva Jersey, 1955). *Lysergic acid diethylamide and Mescaline in Experimental Psychiatry*. Grune-Stratton, Nueva York-Londres, 1956.

JOUVET, M.: *Recherches sur les structures nerveuses et les mécanismes responsables des différentes phases de sommeil physiologique*. "Arch. ital. de Biol.", 1962, 100, 125-206.

KAYSER, CH.: *Physiologie du Système Nerveux*.

LINDSLEY, D. B.: *Attention consciousness sleep and Wakefulness del Handbook of Physiology* (American Physiological Society, Washington. 1960).

LITTER, M.: *Farmacología*. Editorial El Ateneo, Buenos Aires, noviembre, 1964.

MARTÍN, A. J.: *LSD (Lysergic acid diethylamide). Treatment of chronic phychoneurotic patients under dai-hospital conditions*. "Int. Jour. Soc. Psychiat.", 3, págs. 188-195, 1957.

MORIN: *Fisiología del Sistema Nervioso Central*, 1964.

OLDS, J.: *Self-Stimulation of the Brain*. "Sciencie", vol. 127, núm. 3, 294, 1958.

PERROTTET, E.: *Tables Psycholeptiques pour praticiens*. En "Médecine et Hygiène", Ginebra.

RINALDI, F., y HIMWICH, H. E.: *Cholinergic mechanism involved in function of mesodiencephalic activating system*. "Arch. Neurol. and Prychiatr.", 73, pág. 396, 1955.

ROF CARBALLO, J., y GONZÁLEZ MORADO, A.: *Experiencia clínica con la dietilamida del ácido lisérgico (DAL)*. "Bol. Inst. de Patol. Méd.", vol. XIII, núm. 10, págs. 271-280, 1958.

RUIZ-OGARA, C.; MARTÍ-TUSQUETS, J. L., y GONZÁLEZ-MONCLÚS, E.: *Psicosis lisérgica*. "Rev. Psiquiat. y Psicol. Méd.", vol. II, núm. 6, pág. 566, 1956.

SOINE, T. O., y WILLETTE, R. E.: *Analgesic agents*. En WILSON, C. O., y GISVOLD, O.: "Textbook of Organic Medicinal and Pharmaceutical Chemistry", 4.ª ed. J. B. Lippincott Co., Filadelfia, 1962, 556.

Symposiums: *Brain mechanisms and consciousness*, por BLACKWELL, Oxford, 1954.

— *The Reticular Formation of the Brain Stem*, ed. Oliver & Boy, Edimburgo, 1957.

TOMAN, J. E. P., y DAVIS, J. P.: *The effect of drugs upon the electrical activity of the brain*. "Pharmacol. Rev.", 1949, 1, 425.

VERDEAUX, G., y MARTY, R.: *Action sur l'électroencéphalogramme de substances pharmacodynamiques d'intérêt clinique*. "Revue Neurologique", 91, núm. 6, págs. 405-427, 1954.

VIVEKANANDA, SWAMI: *Los yogas prácticos*. Ed. Continental, S. A., México, 22, D.F., octubre, 1964.

Regulación Cibernética de los Niveles de conciencia

S. MONTSERRAT-ESTEVE

Introducción

El tema de la conciencia ha sido siempre uno de los más debatidos en psicopatología. Tanto es así, que han sido sustentadas las opiniones más extremas. Así, incluso hay los que niegan la conciencia. Como resalta Henri Ey, han sido aducidas cuatro razones para sustentar tal negación. 1.ª La conciencia es un fenómeno puramente subjetivo, ajeno a la investigación científica; 2.ª Sólo se trata de un epifenómeno que tanto puede substraerse de la vida psíquica como puede adscribirse a los robots; 3.ª La conciencia no es más que la función de vigilancia; 4.ª La conciencia es "todo lo psíquico" y, por lo tanto, es inalcanzable a la investigación.

Henri Ey comenta que tanto se niega la conciencia por reducirla a la nada como por lo contrario, al hacerle experimentar a su concepto una inflación desorbitada. No vamos a seguir a este autor en sus disquisiciones en defensa de la conciencia, pero sí en sus conclusiones ya que estarán implícitas en nuestro trabajo.

Como punto de partida adoptaremos la definición de Jaspers: "Al todo de la vida psíquica momentánea lo llamamos conciencia". Entraña tres factores: "Primeramente, la *interioridad real* de la vivencia (en oposición a la exterioridad del proceso biológico explorable); en segundo término la *escisión sujeto-objeto* (un sujeto que opina es dirigido hacia los objetos que percibe, representa, piensa); en tercer lugar, *el conocimiento de la conciencia en torno a sí misma* "conciencia de sí". Añade Jaspers que la atención es la condición de la claridad de la vivencia.

Es ya clásico describir en la conciencia: a) los niveles o grados; b) el área consciente y c) sus contenidos.

LLOPIS, autor español que se ha ocupado minuciosamente de estos temas, distingue como fundamentales los estados y los contenidos de conciencia. Según él, al descender de nivel la conciencia se desestructura y surge toda la psicopatología. Si nos hemos detenido en consideraciones sobre la problemática de la conciencia es porque ésta constituye el tema central de la Sofrología. Además, como la propia hipnosis, tan pronto queda, poco menos que relegada al olvido, como aparece en primer plano de la investigación psicológica.

SOFROLOGÍA

Sofrología es un término creado por CAYCEDO para designar "no solamente los llamados fenómenos hipnóticos, sino las técnicas de relajación, la hipnosis activa fraccionada de KRETSCHMER, entrenamiento autógeno de SCHULTZ, técnicas de JACOBSON, CHERTOK, etc., así como todos los estados afines, tales como estados yogas, trances mediúmnicos, "éxtasis naturales" etc.

Dicho término lo hace proceder CAYCEDO del griego, del *Sofrosynen* platónico, "estado de calma y concentración suma del espíritu producidos por bellas palabras" (CARMIDES, 157 b). Etimológicamente Sos significa armonía, equilibrio, PHREN mente y LOGOS estudio, tratado. Sin embargo, más que la mente en estado de equilibrio, la Sofrología estudia "las modificaciones y fenómenos de la *conciencia* humana, obtenidos mediante procedimientos psicológicos". Es por esto que afirmábamos que el tema teórico, básico, de la Sofrología es el de la conciencia, pero no sólo en sus estados de equilibrio ataráctico sino a todos los niveles, aunque de preferencia, en los situados por debajo del normal.

Por otra parte, no sólo los estudia desde un punto de vista descriptivo (psicopatológico, fenomenológico, etc.) en cuanto a técnicas de producción (sugestivas, hipnóticas, yogas, de relajación, etc.) y sus aplicaciones terapéuticas, sino en cuanto a su patogenia. Nuestro presente trabajo se refiere a este último aspecto. Sin embargo, no vamos a partir de un enfoque fisiológico o psicológico sino de un tercero, más reciente, y que cabalga entre ambos: nos referimos a la patogenia cibernética de los niveles de conciencia.

Para algunos, la Sofrología es sólo una *técnica* para producir modificaciones en la conciencia. Para otros, más es un arte, ya que no sólo se precisa conocer las técnicas sofrológicas, sino saberlas aplicar en cada caso.

En realidad, es una ciencia, pero para ello debe proveérsela de una base epistemológica.

Oscilación del nivel de conciencia

Los niveles de conciencia sufren constantes oscilaciones, de las cuales unas siguen el ritmo nictameral (sueño fisiológico-estado vigil) y otras son accidentales (en los estados de fatiga, de embriaguez, narcosis, crepusculares comatosos, lipotímicos, etc.). Este concepto dinámico, de un constante fluir, este "The stream of consciousness" de James, es típico de la conciencia. Cuando se inmoviliza, la conciencia desaparece. Obsérvese, sin embargo, que más que un *fluir,* o incluso un *fluctuar* se trata de un *oscilar* de la conciencia. Es natural, pues, que se presuponga la existencia de mecanismos autorregulados, cibernéticos, que mantengan su nivel en el punto óptimo para cada instante.

El organismo humano constituye un modelo del más complejo sistema autorregulado y el sistema nervioso es el principal medio que realiza esta equilibración. Sin embargo, el propio S.N.C., a su vez, está regulado por sí mismo para conseguir un equilibrio dinámico entre sus diversas partes.

El mecanismo regulador del tono nervioso central permite que el sujeto tenga, durante el día, un nivel normal de vigilia. Si circunstancias accidentales desvían este nivel hacia estados de alerta, o por el contrario, de somnolencia, la regulación automática interviene luego para restablecer la normalidad al cabo de un tiempo. No obstante, el mecanismo autorregulador puede fallar y dar lugar a la persistencia involuntaria de las desviaciones anómalas o a oscilaciones, como en la psicosis maníaco-depresiva.

Un primer punto importante que debemos resaltar es que dichas oscilaciones no siempre van paralelas con las de los niveles de conciencia por lo que vamos a detenernos en este tema para aclararlo.

Siguiendo el esquema adjunto, supongamos que el "tono" normal del S.N.C. esté representado por el punto C. En el caso de la euforia (normal o patológica), en la hipervigilancia o en estados afines, el nivel de actividad o "tono" del S.N.C. estaría desviado hacia A, y, por el contrario, en la depresión, hacia el lado opuesto B. Todo proceso autorregulado tiene unos límites de acción entre los cuales resulta eficaz. En el esquema 1, hemos indicado con saetas de doble cabeza los niveles en los que las desviaciones son corregibles. Más allá de A y B las saetas son sencillas porque las desviaciones que las sobrepasan ya no son reversibles, pues el sistema nervioso se desintegra cada vez más y pierde su unidad funcional.

Clínicamente, las desviaciones hacia A se traducen por taquipsiquia,

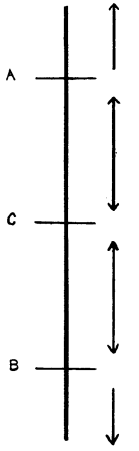


FIGURA 1

tono afectivo eufórico-irritable, agitación psicomotora, conmutaciones rápidas del humor y pensamiento, despliegue de gran energía, etc. El trazado E.E.G. se hace rápido. Hacia B ocurre todo lo contrario. Las correcciones pueden realizarse, pero si se verifican con lentitud pueden dar lugar a la persistencia anómala de niveles de conciencia. El caso más conocido, aparte de la patología circular, es el de los enfermos que al despertarse siguen soñolientos y sólo lentamente se van despertando para alcanzar la plenitud de vigilia hacia el atardecer.

CONCEPCIÓN BIPOLAR DE LA CONCIENCIA

Como hemos dicho, los niveles de conciencia no van paralelos a las desviaciones de nivel funcional del S.N.C. En efecto, tanto se puede caer en el estupor por el lado A como por el B. Por eso, al esquema anterior debe dársele una nueva dimensión para poderlo ajustar a la realidad clínica.

El esquema 2, que es una simplificación de otro más completo que dimos a conocer hace tres años, representa la correlación entre niveles de actividad neurológica y los de conciencia.

Vamos a ilustrar con unos ejemplos esta bipolaridad que no sólo sustentamos para la conciencia sino para todos los fenómenos psíquicos en general. Para ello nos valdremos de dos modalidades sofrónicas contrapuestas con las que llega a provocar voluntariamente estados en los que el

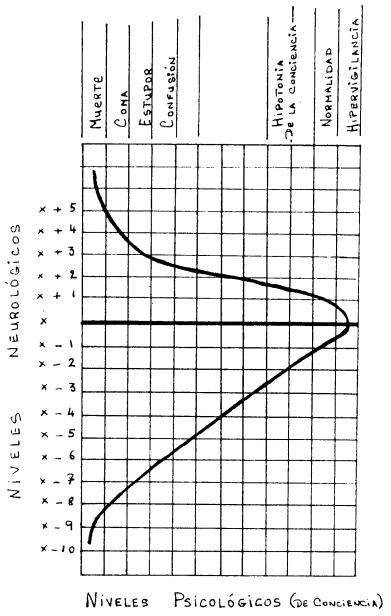


FIGURA 2

nivel de conciencia puede alcanzar el estupor: el yoga y la magia que utiliza estimulantes.

El yoga, como es sabido, se cultiva en Asia mientras que los rituales de la magia se encuentran extendidos por todo el mundo pero primordialmente por América, Africa y Oceanía. El primero se da incluso en lugares fríos (Himalaya, Tibet), la segunda, con frecuencia, en países más bien cálidos e incluso tropicales. Si para la práctica del yoga se busca el aislamiento y la introversión, para la magia con excitación, además del hechicero, se precisa de un grupo que participe en sus ceremonias. Más flagrante es el contraste entre el inmovilismo del yogui y la agitación y frenesí del hechicero y su tribu. Si el primero entra en estado estuporoso por lentificación de sus funciones hasta alcanzar el nirvana de la nada, el segundo lo hace por agotamiento después de una crispación y danzas de horas o días. El yogui es frugal y necesita silencio, mientras que el hechicero se excita con los cantos, gritos y ruido de tam-tam ensordecedores. Sin embargo, cuando dichos hechiceros caen extenuados más están en un estado similar al estupor que en el del agotamiento y entonces, en apariencia y en esencia, se parecen a los yoguis aunque han logrado lo mismo pero por vías opuestas.

Más adelante insistiremos sobre estos temas a través de los mecanismos egostásicos.

Es curioso que los alcaloides utilizados en las respectivas zonas geográficas tienen efectos paralelos a los conseguidos por yoguis y hechiceros. Así, en Asia abunda el uso del opio y sus derivados así como de la Rauwolfia y sus alcaloides, cuyos efectos deletéreos son opuestos a los de los alcaloides psicodélicos americano y africanos (psilocibina, LSD 25, mesalina, bufotenina, harmina, etc.) hasta el punto que los contrarrestan.

Por otra parte y como hizo resaltar KRETSCHMER, según el sistema nervioso de cada sujeto, frente a un mismo trauma catastrófico tanto puede darse un estado extremo de inhibición (reflejo de inmovilización y de muerte), como de desinhibición (tempestad de movimientos). Sin embargo, los dos tienen de común que el nivel de conciencia es similar en ambos y muy descendido (entre el crepuscular y el estuporoso).

Sueño fisiológico

Algunos autores, especialmente H. EY, han comparado el descenso de conciencia, al pasar de la vigilia al sueño, con el que se observa al pasar de la normalidad al estupor. Sin embargo, a nuestro entender, aunque en apariencia dichos estados son similares, en su esencia son muy distintos. En efecto, el sueño es un proceso fisiológico, complejo, activo, en el que intervienen los mecanismos de inhibición y de excitación en forma armónica. En cambio, en los ascensos y descensos de nivel de conciencia patológicos la desorganización del S.N.C. se verifica al margen y aun en contra de los procesos fisiológicos del dormir, hasta tal punto que en la inmensa mayoría de los cuadros psiquiátricos se presenta insomnio. Los hipnóticos cuando el nivel de funcionalismo neuronal está por debajo del normal, más producen una pequeña narcosis que un verdadero sueño. En tales casos, los antidepresivos al acercar el nivel neuronal patológico al normal, facilitan la eficacia de los mecanismos reguladores de la función sueño-vigilia.

En otras palabras, para que puedan realizarse normalmente las funciones propias del S.N.C. se precisa que su nivel funcional esté situado en el nivel normal (representado por X en el esquema 2) o en sus inmediatas proximidades. Las desviaciones en uno u otro sentido, además del insomnio, producen hipervigilia o somnolencia durante el día ya que las oscilaciones nictamerales sueño vigilia están mal reguladas. Más adelante retomaremos el tema del sueño.

MODELO CIBERNÉTICO DEL S.N.C.

Un nuevo esquema (fig. 3) nos ilustrará mejor cuanto hemos dicho últimamente ya que hasta aquí nos hemos referido precisamente a las desviaciones globales del S.N.C. por el lado de la excitación o de la inhibición,

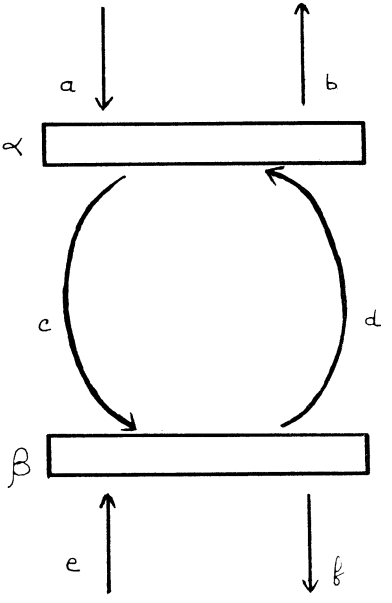


FIGURA 3

mientras que ahora vamos a hablar de mecanismos a nivel armónico o fisiológico. El hombre vive en un medio del que recibe información. Este proceso lo hemos representado por la flecha centrípeta *a*. Hemos dicho que recibe información pero no estímulos.

En efecto, de la misma manera que para podernos nutrir necesitamos ingerir moléculas complejas, a través de los alimentos y no los elementos químicos correspondientes porque no somos capaces de realizar las correspondientes síntesis, de igual forma es preciso que nos proporcionen los educadores formas o estructuras conceptuales para que lleguemos a ser hombres normales. Cuando el propio sujeto tiene que elaborar los conceptos a partir de estímulos, el resultado equivale al de los niños lobos.

Incluso a los propios animales les ocurre lo mismo. En experiencias de

privación social, se han mantenido vivos simios, aislados en jaulas, sin que recibieran el contacto social de sus congéneres. Si la experiencia duraba unos meses, los animales de experimentación sufrían evidentes consecuencias patológicas que eran irreparables si el tiempo de aislamiento había sido suficientemente prolongado.

En α van archivándose las informaciones recibidas del mundo externo formándose así un "modelo" del mismo. Este va enriqueciéndose y evolucionando con la experiencia personal. Se comprende que, aunque el mundo objetivo sea el mismo, el "modelo" varía de una persona a otra e incluso evoluciona en la misma persona a lo largo de su vida.

La flecha *b* representa la acción del sujeto sobre el mundo circundante. Con ella se cierra el circuito cibernético entre ambos, a través del mundo.

Por otra parte la flecha *e* simboliza las vías por las que transcurren los mensajes procedentes del mundo interno, del *intracuerpo,* como le ha llamado ORTEGA Y GASSET. Parecidamente al "modelo" del mundo externo, se forman en β otro "modelo" que representa al interno. Lo mismo que aquél evoluciona desde el nacimiento hasta la muerte de acuerdo con la particular experiencia de cada cual.

En forma centrífuga parten por *f* mensajes que, procedentes del "modelo" del mundo interno cierran el circuito cibernético con la periferia de éste.

La diferencia entre ambos "modelos" es manifiesta: mientras que en el correspondiente al mundo externo se parte de cero y los "patterns" o estructuras se obtienen a través de una educación y aprendizaje; en el "modelo" relativo al mundo interno se heredan aquéllos en su mayor parte, ya que corresponden al mosaico de constantes biológicas sin las cuales la conservación de la vida no sería posible.

EGOSTASIS Y SUS TRASTORNOS

Entre el mundo interno y su "modelo" y el externo y el suyo se establece un equilibrio que se ha calificado de homeostásico (CANNON), en el primer caso, y de sensoriostásicos (SCHULTZ) o perceptostásicos, en el segundo. Nosotros hemos postulado la existencia de un tercer equilibrio cibernético entre los dos "modelos" (α, β), al que hemos calificado de egostásico, ya que de él depende la conservación del Yo y la regulación de la consciencia en sus distintos estados. El conjunto de estos sistemas lo hemos representado en el esquema de la figura 4.

Para que la egostasis pueda funcionar normalmente es preciso que la "presión" informativa procedente de los medios externos e internos esté dentro de límites normales. En tal caso la conciencia permanece en estado vigil con pequeñas oscilaciones de nivel.

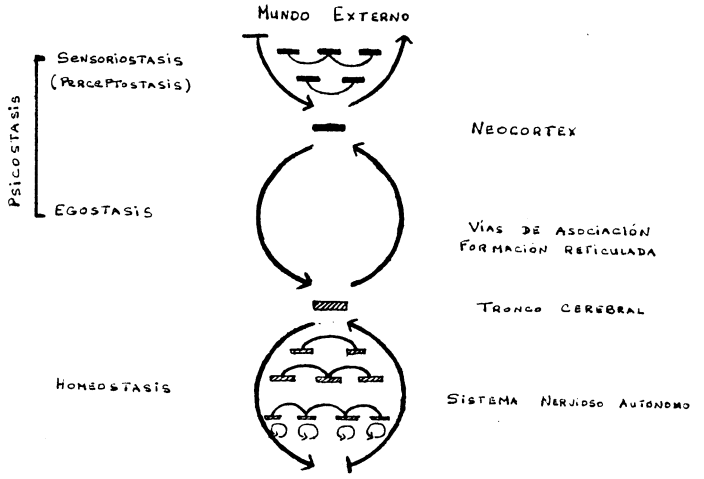


FIGURA 4

Si por el contrario, la presión informativa procedente del mundo externo disminuye, ya sea porque el sujeto se aísla voluntariamente por disponerse a dormir, o porque se le someta a técnicas sofrónicas de relajación, hipnosis o yoga, o incluso, experimentalmente, mediante privación sensorial, el tono funcional a nivel del "modelo" del mundo circundante (del neocórtex, en definitiva) disminuye y crea un desequilibrio con el "modelo" del mundo interno (tronco cerebral). Desde un punto de vista neurofisiológico, la disminución de tono cortical se objetiva con la lentificación del trazado E.E.G. Psicológicamente, la conciencia desciende de nivel, lo que aprecia el sujeto por introspección.

Ahora bien, los mecanismos egostásicos tienden a restablecer el equilibrio y éste puede lograrse por dos vías opuestas: o bien incrementando el tono funcional del "modelo" del mundo externo desde dentro, haciendo un esfuerzo para despabilarse (mediante la intervención del S.R.A.A.) o desde fuera (mojándose el sujeto su cara con agua fría, pellizcándose, etc.); o bien el exceso relativo de tensión del "modelo" interno se descarga hacia el externo, con lo que éste se reactiva y con ello se restablece el equilibrio entre ambos. Esta fase, correspondiente a la R.E.M. o de sueño paradójico de los neurofisiólogos, se objetiva en el trazado del E.E.G. por readquirir éste el aspecto del de la vigilia, pero así como en ésta la activación procede del exterior en aquélla del interior. Psicológicamente, al recobrarse la actividad en todo el sistema egostásico reaparece el Yo y la conciencia pero

ambos distintos a los del estado vigil, ya que corresponden a los oníricos. Por eso, el Yo onírico en vez de supeditarse a las leyes del mundo externo (lógica, objetividad) se rige por las del interno (afectividad, subjetividad). De ahí los sueños y los delirios, según el caso.

El que cada período del sueño nocturno oscile de 3 a 5 veces, entre las fases del sueño superficial y paradójico, ya indica que existe una regulación oscilante entre el "modelo" externo y el interno. También durante la vigilia existen oscilaciones autorreguladas del nivel de la conciencia.

En el Yoga se repiten las designaciones que indican disminución voluntaria de la "presión" informativa procedente del mundo externo. Así, Parang o alejamiento del exterior, que conduce al Pratyhara o retracción sensorial; Parang Mukhi o alejamiento; Dharana, concentración; Dhyana, concentración sostenida; Savasana, postura del cadáver; Yoga-Nidra, sueño sin pesadillas; Ahimsa, pasividad; etc.

En términos generales, si en Occidente se da preponderancia al modelo del mundo externo, al que se enseña a cultivar, en Oriente, con las técnicas del yoga, al modelo interno, al que se aprende a manejar e influir pero casi siempre en el sentido de aquietarlo. Sin embargo, hay muchas excepciones geográficas, así, en Groenlandia, el "anyekoka" se aísla como el yogui, y lo mismo ocurre con el "piache" en la Guayana. En cambio, en muchas ceremonias de magia se hace preponderar el mundo interno.

MARIANAI describe las autohipnosis de los machis (mapuches araucanos) que casi siempre son del sexo femenino. Dice textualmente: "Tenemos autohipnosis en toda la práctica shamánica propiamente tal, ya sea cuando, por ejemplo, el hechicero cae repentinamente en «trance» similar al del yogui que mediante una técnica adecuada afecta sus funciones fisiológicas, o ya sea cuando se produce el estado de «trance» condicionado a la rítmica monótona de los tambores, sean éstos el cultrún mapuche o el atabal siberiano". Y añade que "el «trance autohipnótico» de la machi se produce en todas las ceremonias públicas en que ésta interviene." En los estados similares obtenidos por heterohipnosis participa el furioso redoblar de los tambores, los potentes ruidos de la pilficas (silbatos), furiosas danzas, etc. alternando la ceremonia con comidas y libaciones. Según MARIANI, entre los mapuches, ciertas drogas alucinógenas (peyolt, hashish, paricá, etc.) contribuyen a alcanzar estos estados de conciencia perturbada.

En la hipnosis clásica las variaciones en el nivel de conciencia se producen añadiendo al sistema egostásico un factor de regulación constituido por el hipnotizador, que actúa, mediante la debida información, desde el mundo externo. Esta información, más influye por su semántica que por su soporte informativo. Cierto que si la voz es cuchicheada y monótona facilita la disminución del tono del neocórtex, pero como no se trata de dormir al sujeto

sino de inducirle al estado hipnótico, es por esto que en definitiva es la semántica la que actúa.

Obsérvese que mientras la hipnosis puede facilitarse con la administración de psicolépticos, los estados shamánicos requieren psicodislépticos. La opuesta acción de tales grupos de fármacos ya indican que al estado de "trance" se puede llegar por vías opuestas.

Conclusión

Aunque los esquemas presentados no fueran un fiel reflejo de la realidad, consideramos que conviene tenerlos presentes en Sofrología no sólo desde un punto de vista didáctico, sino como punto de arranque para ulteriores aplicaciones en la investigación de la conciencia y sus variaciones de nivel.

Dr. Santiago Montserrat-Esteve, Médico Neuropsiquiatra. Jefe del Departamento de Medicina Psicosomática de la Cátedra de Patología Médica del Prof. J. Gibert Queraltó. Facultad de Medicina de Barcelona. Presidente de la Asociación de Cibernética Médica de Barcelona y Consejero Científico de la Sociedad de Sofrología y Medicina Psicosomática.

BIBLIOGRAFIA

Caycedo, A. — *El problema terminológico en la fenomenología de los llamados estados hipnóticos y técnicas de relajación.* Rev. Lat. Amer. Hipn. Clín. V. III, n.º 2:95-97 (1962).

Caycedo, A. — *La Sofrología médica. Su aplicación a la odontología.* Rev. Lat Amer. Hipn. Clín. V. II, n. 4, 220-231 (1962).

Ey, H. — *La Conscience.* P.U.F París (1963).

Jasper, K. — *Psicopatología general.* Ed. A. Bini & Cía. Buenos Aires (1965).

Llopis, B. — *La psicosis pelagrosa.* Ed. Científico Médica. Barcelona (1946).

Mariani Ramírez, C. — *Temas de hipnosis.* Ed. Andrés Bello, Santiago de Chile (1965).

Montserrat-Esteve, S. — *Bases para una concepción bipolar en psicopatología.* Proc. IV World Congress of Psychiatry. Madrid. T. 3. 1769-1772. (1966).

Montserrat-Esteve, S. — *Egostasie Cybernétique.* V Congreso Intern. Medicina Cibernética. Nápoles. (1968).

La conciencia vigil, el sueño, los ensueños y la memoria

Revisión de los conocimientos Neurofisiológicos de interés Sofrológico

L. BARRAQUER-BORDAS

La eficacia de las relaciones entre sujeto y el medio ambiente está montada sobre el eje primario de la conciencia vigil, de sus gradaciones, de sus matices, de sus modificaciones. El estudio de su regulación nos conducirá, naturalmente, a tomar en consideración la situación específica en que de manera normal, recurrente y reversible, tiene lugar el cambio que representa el fenómeno del sueño. En el devenir de éste nos encontraremos con el hecho de los ensueños y, por tanto, con la forma de integración neurofisiológica igualmente peculiar, normal, recurrente y reversible en que éstos aparecen. Veremos que se trata entonces de una nueva diferente vigilia de abertura exclusivamente "interior". Y como quiera que el estado de conciencia despierta permite el curso eficaz de los procesos de memorización, de la transformación de la información en memoria y de su eventual evocación, terminaremos refiriéndonos a este último eslabón de hechos.

MEDIO AMBIENTE Y CONCIENCIA VIGIL. INFLUENCIA DE LOS ESTIMULOS SOBRE LA CONCIENCIA EN FUNCION DE LA SITUACION DEL SISTEMA NERVIOSO

Los sistemas activadores e inhibidores del sistema nervioso central a cuyo cargo está la regulación de la situación de conciencia vigil, están en

interacción continua con los eventos que suceden en el medio que rodea a la persona, los cuales pueden actuar como estímulos que modifican una situación determinada de conciencia en tanto que son aceptados e integrados por el sistema nervioso, el cual, al orientar así sus efectos, les confiere con ello mismo una significación determinada.

Todo estímulo que sobrepasa la primera o las primeras sinapsis determina, en general, la puesta en marcha de dos sistemas, del sistema de conducción específico sensitivo o sensorial paucisináptico correspondiente, y del sistema reticular activador ascendente inespecífico (MORRUZI y MAGOUN). La cuantía respectiva de estos dos impactos es diferente según se trate de un estímulo probable o de un estímulo improbable. La diferencia fundamental estriba en que los *estímulos improbables* repercuten mucho más intensamente sobre el sistema reticular activador ascendente, condicionando, pues, una activación reticular intensa. La onda de activación reticular mesencefálica así puesta en marcha, comporta una violenta *reacción de despertar* con desincronización del registro bioeléctrico de la neocorteza.

Los estímulos probables, en cambio, esto es, aquellos que se han hecho monótonos, repetidos, poco significativos, comportan una escasa activación reticular y su repercusión cortical se ejecuta esencialmente a expensas del potencial aferente condicionado por la vía sensitiva o sensorial primaria.

En lo improbable prevalece la activación reticular, mientras que en lo probable predomina la acción cortical, específica.

La atención representa una especialización de la vigilancia regida por el sistema reticular activador ascendente y esencialmente por los sectores adecuados del componente activador de los sistemas talámicos inespecíficos, que llevan a cabo el "encendido selectivo" (ROF CARBALLO) de las áreas corticales pertinentes.

Por su parte, la corteza cerebral posee *un efecto descendente, de signo inhibidor, que balancea el efecto de la reacción de despertar.* Este efecto inhibidor se realiza mancomunadamente con los sectores talámicos inespecíficos de acción inhibidores (HESS y su escuela, MONNIER) y en él parecen basarse tanto la *inhibición interna* de los reflejos condicionados, como el *sueño ligero* (JOUVET), esto es, las cuatro primeras fases (KLEITMAN) de este estado.

La activación reticular comporta, además de sus efectos ascendentes, otros dos:

1) Por una parte, provee el inicio de la *reacción de orientación* (o de búsqueda o de exploración) dirigida hacia el mundo exterior.

2) De otro lado, es el punto de partida de unas *influencias centrífugas que actúan sobre las estaciones sinápticas* específicas, ejerciendo al menos habitualmente, una suerte de freno o depresión.

La primera de estas acciones revierte en una mejor captación de los estímulos improbables, mientras que la segunda ejerce un papel de "*filtro sensorial*" (HERNÁNDEZ-PEÓN), mecanismo neurofisiológico básico de la *distracción*. La atención se concentra así, en el estímulo nuevo, al tiempo que disminuye la resonancia de los estímulos no significativos sobre el neuroeje.

Por esto puede decirse que los impulsos ponen en marcha el estímulo improbable con la base de la *inhibición externa* de un reflejo condicionado.

Hay que tener presente que los estímulos improbables tienden a hacerse probables si van repitiéndose, mientras que el predominio de los probables puede quedar bruscamente roto por la presentación de alguno que no lo sea.

Además no siempre unos y otros estímulos procederán del mundo exterior, ya que los que derivan del propio sujeto pueden jugar también su papel.

Por otra parte es bien notorio que la *atención* no solamente se dirige hacia *lo que surge,* sino también hacia *lo que se espera,* según lo que ha *resaltado* justamente LERSCH.

De tal manera que el interjuego de todos estos mecanismos no está a merced de lo que va ocurriendo, sino que puede ser movilizado por la actitud del individuo, con su dimensión de libertad en la persona humana.

No estará de más recordar aquí la apreciación sintética de JOUVET al oponer en cierto sentido la función del telencefálico (corteza) a la reticular, afirmando que:

I) *El sistema inhibidor telencefálico reaccionaría a lo probable,* a la monotonía, a la repetición, engendrando una inhibición activa.

II) *El sistema reticular,* en cambio, *reaccionaría ante lo improbable, ante lo imprevisto, ante lo nuevo y la manifestación más elemental de esta función sería la reacción de despertar.*

Y recojamos finalmente el contenido de MAGOUN cuando afirma que, mientras que la reacción de despertar inhibe los estímulos no significativos (a través del filtro sensorial), estos últimos inhiben la propia reacción de despertar (a través de la inhibición interna).

LAS TRES SITUACIONES NEURO-PSICOLOGICAS DE LA CONCIENCIA. LA VIGILIA "INTERIOR": FASE PARADOJICA. ENSUEÑOS

La neurofisiología más reciente nos enseña que nuestra conciencia vigil adopta a lo largo de las 24 horas tres situaciones diferentes: la vigilia, el sueño y el ensueño.

En el sueño hay una disminución de la vigilancia de profundidad

variable (de menor a menor a lo largo de sus cuatro estadios sucesivos: I, II, III, IV) los ritmos vegetativos se hacen lentos y regulares y la vida psíquica prosigue bajo un modo muy atenuado, sin dirección consciente valorable, esencialmente quizá en el estrato calificado preconsciente. En su curso tiene lugar la reviviscencia de ciertas modalidades "residuales" de la actividad de la vigilia: la deambulación del sonambulismo, automatismos verbales (somniloquio), enuresis, etc.

Tanto la vigilia como el ensueño implican una situación de despertar, de estar-despierto. Pero mientras que en la primera existe un intercambio relacional con el mundo exterior (e interoceptivo), sustentado por la transacción vigilantígena mantenida entre el sistema reticular activador ascendente y la corteza cerebral, en el ensueño la apertura está limitada al mundo interior fantasmático, al inconsciente. El ensueño es, por tanto, una suerte de "despertar interior" (A. BOURGIGNON, R. ANGELERGUES).

Electroencefalográficamente, el ensueño se corresponde casi taxativamente con un período determinado del ritmo bioeléctrico nocturno: la fase llamada paradójica, caracterizada por la rapidez del registro de la convexidad cortical, que se halla entonces desincronizado (ASERINSKY y KLEITMAN, DEMENT, JOUVET, etc.). Esta fase comporta, además, la presencia de movimientos rápidos oculares (MOR; FEM de los autores anglosajones), una profunda hipotonía muscular con facilitación del sistema gama de inervación intrafusal, activación irregular de las funciones vegetativas (pulso, tensión arterial, respiración), así como erección del pene en el varón (y verosímilmente de las estructuras equivalentes en la mujer).

JOUVET y su Escuela neurofisiológica de Lyon ha demostrado que la puesta en marcha de la fase paradójica depende de la actividad del *nucleus reticularis pontis caudalis,* estando regida la hipotonía muscular por una zona vecina del *locus coeruleus.*

Estos mismos autores han logrado distinguir en el seno de la fase paradójica dos tipos de manifestaciones distintas y disociables: el componente tónico y el componente fásico. El primero se expresa por tres elementos estables y permanentes: la actividad bioeléctrica rápida y de bajo voltaje extendida desde la formación reticular pontina hasta la corteza cerebral, la atonía muscular y la miosis. El componente fásico aparece con una periodicidad más o menos regular, intermitente, siendo de curso breve y estando representado por una actividad bioeléctrica de puntas ponto-geniculo-occipitales (PGO) y ponto-tálamo-parietales (PTG) (estas últimas menos claras o seguras), asociadas a las contracciones fásicas de la musculatura ocular extrínseca, las primeras, y de las extremidades y de la cara, las últimas. La actividad fásica precede a la tónica y la acompaña de cuando en cuando, en el curso de cada fase paradójica.

La fase paradójica nunca aparece como la primera en el curso del reposo sómnico (excepto en algunos episodios de siesta), sino que ocurre luego de las cuatro fases del auténtico sueño (sueño de reposo). La frecuencia de fases paradójicas es mayor hacia la madrugada. Su duración total, sumada, es de una hora y media o dos cada noche. Luego de cada fase paradójica suceden unos momentos en que es más fácil el despertar.

SIGNIFICACION NEUROFISIOLOGICA DE LA FASE PARADOJICA. UNA VENTANA HACIA LA NEUROFISIOLOGIA DEL INCONSCIENTE

Los conocimientos actuales referentes a la citada fase paradójica nos parecen abrir una certera ventana hacia el conocimiento de la neurofisiología del inconsciente, del "proceso primario" (FREUD).

Es bien sabido que para FREUD *la interpretación de los ensueños es la "vía regis" para el estudio del inconsciente y de sus anomalías.* Pues bien, habiendo demostrado la neurofisiología actual que los ensueños aparecen de una manera electiva durante la fase paradójica o de movimientos rápidos oculares (R.E.M.), es de todo punto evidente que esta fase debe caracterizarse por una situación neurofisiológica singular que comporte un campo fecundo para el trabajo del inconsciente. Las *características* neurofisiológicas de la fase paradójica son:

—una *puesta en marcha de la actividad* de un núcleo reticular pontino inferior inhibidor, el *nucleus reticularis pontis caudalis;*

—una *profunda inhibición de la formación reticular activadora mesencefálica,* con elevación del umbral de la respuesta de despertar y, por tanto, lógicas de la fase son:

—una *intervención descollante del sistema límbico;*

—una *desincronización de la actividad bioeléctrica de la corteza de la convexidad* (de ahí el nombre de *fase paradójica*) que contrasta con su lentificación durante las otras fases del sueño (sueño superficial o telencefálico);

—un *aumento de la excitabilidad de la corteza sensorial,* finalmente demostrada, al menos para el caso del área visual (EVARTS);

—una profunda inhibición del tono muscular y del sistema gamma de inervación intrafusal;

—presencia de *movimientos rápidos oculares;*

—una *cierta motilidad general;*

—algunas *modificaciones vegetativas.*

Por poco que nos detengamos a meditar estas condiciones funcionales,

nos daremos cuenta en seguida que son muy adecuadas para integrar las *finalidades* y el *trabajo de elaboración de los ensueños* descritos por FREUD. En efecto:

a) los ensueños aparecen cuando es más difícil la reacción de despertar y cuando la inhibición del tono muscular es más profunda, constataciones que permiten aproximarnos al concepto del ensueño como "*guardián del reposo*", sin que, desde luego, "expliquen" ya toda la naturaleza de la compleja relación que puede existir entre unos hechos y otros;

b) la excitabilidad aumentada de la corteza sensorial durante la fase paradógica del sueño, facilita la comprensión del proceso de *dramatización* descrito por FREUD en los ensueños.

c) en íntima conexión con esta hiperexcitabilidad de la corteza visual debe estar la presencia de movimientos rápidos oculares, según se armoniza, como ya apunta TISSOT, con las concepciones actualmente vigentes acerca de las relaciones transaccionales entre sensación y movimiento;

d) la singular puesta en función del sistema límbico tiene que promover una *peculiar actividad de todos los engramas relativos a la vida instintivo-afectiva,* incluidas las *reminiscencias infantiles* que han perdido la posibilidad de su memorización directa en la vida consciente y que ahora, en cambio, pueden encontrar, en primer lugar, una organización nueva promovida por una actividad funcional a la vez elevada y cualitivamente singular de las estructuras límbicas y, luego *un acceso a la representabilidad* dada la situación antes comentada de la corteza sensorial, huérfana además de una actividad perceptiva normal "desaferentizada", pues, en cierto sentido; procesos todos ellos en muy probable relación con los fenómenos de *condensación, desplazamiento* y *regresión,* descritos por FREUD, así como con el carácter de los ensueños como *realizadores* a la vez *de un doble deseo,* del procedimiento y del inconsciente, tal como él mismo señaló:

Así se hace posible el comentario que hace DEMENT, según quien durante esta fase del sueño los estímulos "se incorporarían al ensueño" y no despertarían ya al sujeto, lo que está muy de acuerdo con la visión del fundador del psicoanálisis.

También podrían estimarse vinculados a la actividad singular del sistema límbico, los sueños que FREUD situaba en una suerte de "prehistoria", antes del imperio del principio del placer, sueños que según él derivarían de una impresión traumática que pondría en marcha la "compulsión a la repetición";

e) la profunda depresión de la formación reticular activadora mesencefálica haría imposible un estado de conciencia vigil, pero la actividad "paradójica" de la corteza de la convexidad bastaría para que las repre-

sentaciones del contenido manifiesto elaboradas a partir de las ideas latentes obtuvieran lo que FREUD calificó de "*efectos de conciencia*";

f) finalmente, los residuos de función nerviosa semejante, hasta cierto punto, a la diurna, permitirían quizás, en el seno de la situación descrita, un inicio del trabajo de la calificada por el mismo autor de "*elaboración secundaria*".

LA POSIBILIDAD DE CONSIDERAR EL ESTADO SOFRONICO COMO UNA "TERCERA FORMA DE VIGILANCIA" O "CUARTA SITUACION" POSIBLE DE LA CONCIENCIA

Si pasamos ahora a considerar muy brevemente lo que puede ocurrir en el sustrato neurofisiológico del estado sofrónico, vale la pena de partir de la observación fundamental de que en él hay una forma de conciencia singular con una vigilancia "dirigida", centrada por las sugerencias. ¿Es que nos encontramos entonces, pues, con una forma peculiar, distinta, de vigilancia? Así parecen apoyarlo algunas, al menos, de las observaciones electroencefalográficas registradas en el curso de estados sofrónicos. LARREA y CHICOTE han comprobado que en tales condiciones el trazado se desincroniza al sugerirle sueño al paciente, diferenciándose, por tanto, netamente de lo que ocurre en las auténticas fases de sueño y aproximándose a las dos vigilias fisiológicas (la completa o diurna y la abierta exclusivamente al mundo fantasmático del inconsciente, propia de la fase paradójica).

Así pues, en principio, no parece fuera de lugar proponer la hipótesis neurofisiológica de considerar el estado sofrónico como una forma peculiar de vigilancia ("vigilancia inducida y dirigida"), diferente de las dos normales —"tercera forma de vigilancia"— y, por ello, como una posible "cuarta siutación de la conciencia".

NEUROFISIOLOGIA DE LA MEMORIA

La situación de vigilia despierta permite la organización neural que asegura el paso de la información a memoria y su ulterior evocación. La neurofisiología experimental y clínica actual ha hecho posible ir penetrando en el conocimientos de cómo ello ocurre.

La *formación hipocámpica* interviene de una manera capital en la elaboración de los registros de la memoria. Las lesiones bilaterales de esta formación determinan serios trastornos de esta función, pudiendo abocar a un cuadro amnésico grave y a un síndrome demencial (GLEES y GRIFFITH,

GRUNTHAL, VICTOR y colaboradores, DELAY con BRION y colaboradores, BARBIZET, PILLERI, etc.).

La intervención del hipocampo y de las zonas a él conexas en la formación de los registros de la memoria, en su consolidación y en su evocación, es una función sutil a la vez que decisiva. Puede ser que se trate no tanto de una suerte de almacenamiento directamente recogido en su seno, sino más bien de una activación de otros sectores que también toman parte, de una manera selectiva y más o menos diferenciada, en la formación de los engramas mnésticos. El circuito de Papez ejercería a este respecto una función activadora que ha sido comparada (F. LHERMITTE) a la activación de la corteza de la convexidad por el sistema reticular activador.

Las lesiones que afectan en ambos lados, en uno u otro de sus eslabones, aunque sea asimétricamente, a la parte basal del circuito de Papez: hipocampo-tubérculos mamilares-núcleos talámicos anteriores, abocan a la producción de un síndrome amnéstico del tipo conocido clásicamente por síndrome de Korsakov. A los casos más clásicos y floridos de este síndrome (amnesia del tipo llamado de "memorización" en la terminología de DELAY, confabulación, falsos reconocimientos), determinados por lesiones de los tubérculos mamilares, se han ido añadiendo otros en los que las lesiones de uno u otro lado, o las de ambos lados, pueden asentar en otros componentes del "circuito", por ejemplo, en el propio hipocampo. Así, se ha comprobado, no solamente en lesiones espontáneas (infartos de origen vascular), sino aun en lesiones quirúrgicas realizadas con fines terapéuticos, en enfermos de epilepsia psicomotriz con focalidad bilateral, pudiéndose presentar, en tales casos, desde defectos de la memoria más o menos discretos hasta un cuadro similar al síndrome experimental descrito por KLUVER y BUCY (SCOVILLE, PENFIELD y MILNER, TERZIAN y DALLE ORE).

PIERCY hace ver que la organización bilateral y duplicada de la memoria en el hipocampo se ajusta más a los modelos de estructuración anatomofuncional comprobados en los animales, en los que la bilateralidad de la lesión cerebral es requisito imprescindible para la provocación de efectos notorios (tratándose de áreas que no sean de proyección), que a los propios del cerebro humano. En este sentido es significativo, añade este autor, que tal organización bilateral y duplicada se encuentre precisamente en el hombre a nivel de una formación filogenéticamente antigua, perteneciente al allocórtex.

No obstante, todo ello no quiere decir que cada hipocampo no esté en relación primaria o preferente con la información sensitiva y sensorial llegada al mismo hemisferio, según demuestran, al menos en el gato, las experiencias de WEBSTER y VONEIDA, quienes trabajando en animales de esta especie con el cuerpo calloso seccionado, han comprobado que la lesión unilateral

del hipocampo determina en ellos un déficit en la discriminización táctil limitado a la extremidad contralateral al lado de la lesión.

Por lo demás, debemos insistir sobre el hecho fundamental de que las relaciones entre lesión y síntoma deben ser vistas, tratándose de estas funciones finas y elevadas del sistema nervioso, de una manera singularmente "dinámica" y no bajo el prisma de un burdo esquematismo, que reduciría las auténticas dimensiones, muy amplias, del problema. Sobre este particular comenta justamente MAGOUN: "Aunque la región nerviosa extirpada debe servir en forma importante para el proceso de la memoria, así como para su fijación inmediata y su recuerdo, obviamente no puede ser considerada como el único almacén para todos los recuerdos. Dicho almacén parece encontrarse en otras posiciones del cerebro e indudablemente comprende una participación cerebral generalizada".

La posible significación en estos procesos amnésticos de la corteza de la convexidad temporal viene avalada por las clásicas experiencias neuroquirúrgicas de PENFIELD, quien ha puesto de manifiesto que la corteza temporal lateral es la única región del cerebro cuya estimulación directa puede producir el recuerdo de experiencias previas, lo cual, no obstante, sólo ocurre en pacientes epilépticos, en los que debe existir una alteración peculiar del funcionalismo de esta parte del encéfalo.

ADEY ha estudiado la posible significación del patrón bioeléctrico lentificado en forma de ritmo theta del hipocampo en los procesos de aprendizaje y de formación de registros mnésticos. Este patrón constituye la forma de actividad característica del hipocampo, que aparece en contraste con la reacción de despertar desincronizada de la corteza de la convexidad, ante una situación de alerta o por estimación del sistema reticular activador.

El mismo ADEY sugiere la importancia que tendrían las alteraciones producidas por debajo de la superficie de la membrana, en el citoplasma celular postsináptico, los cuales serían debidos a cambios prolongados de la polarización de la membrana. La investigación de estas cuestiones en relación con la memoria a un nivel celular y de comunicación sináptica ha sido desarrollada por ECCLES.

Siguiendo este camino, se ha valorado también el posible papel de la neuroglia y la intervención del ácido ribonucleico (ARN). HYDEN sugiere que la neurona y su neuroglia forman una especie de micromódulo funcional, en el cual el elemento glial actúa como un donador bioquímico y energético para la primera. Este autor ha propuesto una hipótesis para el mecanismo de la memoria, con las siguientes etapas sucesivas: 1) una especificidad del ARN citoplásmico en la neurona, como consecuencia de una excitación glioneural; 2) este ARN alterado o específico proporcionaría una estructura para la formación de una secuencia de aminoácidos específicos que intervienen

en la producción consecutiva de proteínas; 3) la disociación de esta proteína específica activa sustancias transmisoras con un patrón similar al inicialmente producido, y, por último, estas sustancias transmisoras activan las células postsinápticas. HYDEN sostiene, pues, que la producción nucleoproteínica aumenta por una actividad neuronal acrecentada y que la proteína así producida presenta una especificidad bioquímica; continúa duplicando su configuración cambiada, y se reactiva funcionalmente de nuevo por las mismas circunstancias que la pusieron inicialmente en acción.

Investigaciones de MCCONNELL y colaboradores, han demostrado en el platelminto planaria que, si después que el gusano ha aprendido una conducta por adiestramiento, es dividido quirúrgicamente, las partes que se regeneran siguen manteniendo este aprendizaje. Además, los gusanos no adiestrados pueden ser capaces de adquirir la conducta aprendida por sus congéneres ingiriendo a éstos, probablemente por la asimilación, a través de la entrada de su ARN, que se había vuelto específicamente portador del engrama de la nueva conducta.

ALBERT ha extendido a los mamíferos los fundamentos bioquímicos de estos hallazgos, realizando experiencias sumamente ingeniosas en ratas, en las que el animal es forzado a aprender determinadas conductas con un solo hemisferio, el único que resulta así adiestrado mientras que el otro es mantenido fuera de función, gracias al establecimiento de una depresión cortical invasora ("spreading cortical depression"). La ablación de la parte media y solamente de ella del hemisferio entrenado, perturba la retención del adiestramiento. Pero si el tejido extirpado es inyectado intraperitonealmente al mismo animal, se produce entonces una preservación del adiestramiento por el hemisferio no entrenado. Esta preservación parece específica de la tarea anteriormente aprendida y el efecto no acontece más que cuando la ablación del tejido del cerebro entrenado ocurre después de la consolidación del aprendizaje durante varias horas. Las moléculas de ácido ribonucléico localizadas en el núcleo de algunos grupos de células corticales parecen transmitir, comenta ALBERT, este efecto de preservación. Tales resultados sugieren, según dicho autor, que, inyectando el tejido tomado de la corteza entrenada, se permite a las moléculas de ARN, que han codificado la información concerniente a la respuesta aprendida, emigrar sobre el hemisferio no entrenado y funcionar aquí como "aprendizaje acumulado".

Es evidente el interés de dichas experiencias y sugerencias que extienden a un nivel bioquímico, básico y general, los fenómenos elementales en relación con la memoria.

La memoria, pues, como hecho neurofuncional básico dotado de un sustrato bioquímico elemental y probablemente muy riguroso, resulta ser,

por lo tanto, algo muy general en la organización elemental del sistema nervioso. Pero esta función digamos generalizada a este nivel, que podemos llamar celular, se organiza, en forma integrada e integradora, en ciertos sectores concretos del encéfalo, donde van a estructurarse los procesos de registro, almacenamiento y evocación mnéstica al servicio, no ya de agrupaciones celulares parcelares, sino del organismo entero y, en el caso del hombre, al servicio de la persona. Para establecer dicha estructuración, parece simplemente que el encéfalo utilice en forma "redundante" los mismos mecanismos elementales que a nivel celular, pero desplegados, ahora por sistemas de neuronas de situación estratégica (circuito de Papez, singularmente en sus eslabones hipocámpicos, mamilar y talámico anterior), que pueden ser puestos en marcha con singular prontitud y eficacia en ocasión de la entrada de nuevos impulsos (relaciones reticulorrinencefálicas), y que pueden influir, a través de sus propias modificaciones bioquímicas, sobre la bioquímica de amplios sectores del encéfalo (relaciones del sistema límbico con los sistemas de la convexidad cortical, sea a través de niveles mesencefalodiencefálicos, o más directos). Así como el sistema reticular activador, más que dirigir por sí mismo la actividad, es un sistema activante, los sectores limbicodiencefálicos que sobresalen en la integración de la memoria, más que ser memorizadores, serían forzadores de la memorización (memorizantes) y de la evocación.

Aún hay que añadir que no todas las áreas que ejercen un papel destacado en los procesos de la memoria intervienen igualmente en todas las etapas de ellas. Al contrario, una visión de la psiconeurología de la memoria obliga a estimarla como un proceso múltiple o plural. Así se deduce, por ejemplo, de las experiencias de DRACHMAN o ARBIT, de la síntesis de SMYTHIES y de la experiencia anatonomoclínica que atestigua la conversación del recuerdo de experiencias antiguas en lesiones que implican un síndrome de Korsakov con amnesia de "memorización". Esta pluralidad podría, en principio, distribuirse de la siguiente forma:

1) *La memoria inmediata,* específicamente limitada a aquello que puede recordarse, si la atención se mantiene fija sobre ello, sería una función de las áreas sensitivas y sensoriales primarias y de la corteza parasensitiva y parasensorial.

2) *La memoria reciente* dependería selectivamente de la integridad del hipocampo y de los circuitos en conexión con esta estructura. Para SMYTHIES, más que el clásico circuito de Papez, debería invocarse aquí el circuito: hipocampo-área límbica del mesencéfalo (esto es, el sector del mesencéfalo íntimamente conexo al sector temporolímbico) núcleos talámicos untralaminares-hipocampo. BARBIZET ha señalado que la sección bilateral de los pilares de fórnix no afecta a la memoria, lo que SMYTHIES explica

precisamente por la conversación, en tal situación, de otras múltiples conexiones límbicas, argumentando, además, que las lesiones del área límbica del mesencéfalo serían por lo menos tan importantes como las de los tubérculos mamilares en la provocación del síndrome de Korsakov.

3) *La memoria remota* mantendría sus engramas ya formados en el seno de las áreas de asociación.

La diferencia entre una memoria inmediata y una memoria reciente es también la que acentúan DELAY y BARBIZET al diferenciar una "amnesia de fijación" de una "amnesia de memorización".

Para ECCLES, la memoria de cualquier suceso particular depende de una organización específica de asociaciones neuronales, constituyendo un engrama, en un vasto sistema de neuronas ampliamente distribuido sobre la corteza cerebral. Dicho autor apoya así la posición de LASHLEY, para quien "literalmente la actividad de millones de neuronas" interviene en la evocación de cualquier contenido de la memoria. Para este neuropsicólogo, cualquier rastro particular o engrama mnésico tiene una representación múltiple en la corteza, y cada neurona cortical particular no está ligada a un solo engrama, sino que cada célula nerviosa, y aun cada sinapsis, entra en la estructura que sustenta muchos engramas.

La intervención del hipocampo en la formación de los engramas mésticos, en su establecimiento y en su declinar, ha sido señalada, desde un nuevo ángulo, por WEBSTER y VONEIDA, quienes, utilizando preparaciones experimentales con sección de las comisuras interhemisféricas, llegan a la conclusión de que dicha estructura es necesaria para la extinción de respuestas aprendidas previamente. Así, pues, el hipocampo —comenta SMYTHIES— no solamente estaría en relación con la auténtica memoria reciente, sino también con el "olvido activo", lo que parece razonable. Por este camino pueden empezar a atisbarse, como sugiere este mismo autor, los posibles mecanismos neurofisiológicos del proceso de "represión" (FREUD).

Por otra parte, la experiencia clinicopsicológica, electroencefalográfica y quirúrgica de STEPHEN y SIERPINSKI les permite llamar la atención sobre dos hechos de elevada significación plástica, respecto a la intervención funcional de la región temporolímbica en la memoria reciente.

Estos autores han comprobado que la extirpación de un foco epileptógeno temporal unilateral (derecho), que engendraba descargas en ambas regiones temporales, implica la desaparición del trastorno de la memoria reciente existente. De este modo confirman el hecho, ya conocido (PENFIELD y MILNER, WALKER, SERAFITINIDES y FALCONER), de que una afección temporal unilateral grosera puede acompañarse de trastornos de la memoria reciente, siempre y cuando exista un cierto compromiso funcional simultáneo (anomalía bioeléctrica, por ejemplo) de la región temporolímbica del

otro lado. Y, además, aportan la prueba fehaciente de que el defecto de la memoria regresa si la extirpación de la lesión unilateral se acompaña de la desaparición de la anomalía funcional contralateral.

Por otra parte, STEPIEN y SIERPINSKI han puesto de manifiesto que una lesión temporal del hemisferio dominante, afectando al complejo hipocámpico (para la extirpación de un tumor), puede causar una afectación severa de la memoria verbal reciente, conservándose la memoria reciente tanto auditiva como visual. Esta comprobación asevera algunas apreciaciones anteriores (MEYER y YATES, MILNER) y comprueba plenamente que, mientras que las disfunciones bilaterales del complejo hipocámpico determinan una afectación general de la memoria reciente, la lesión unilateral del mismo, cuando ocurre en el hemisferio dominante, conlleva una interferencia específica de la memoria verbal reciente.

Así va ganando en precisión y sutilidad la visión del papel que el hipocampo y las estructuras a él conexas ejercen en la integración de los complejos mnésticos.

No nos parece dudoso que la difusión del conocimiento de los hechos aquí revisados acerca de la neurofisiología de la conciencia despierta, del sueño, de los ensueños y de la memoria ha de resultar de utilidad para aquellos compañeros cuyos intereses se mueven en el campo de la Sofrología. Agradecemos al profesor CAYCEDO la oportunidad que nos ha otorgado para contribuir a esta difusión.

DR. LUIS BARRAQUER BORDAS, Médico Neurólogo. Profesor Extraordinario de Neurología de la Universidad de Navarra. Subdirector del Servicio de Neurología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona.

Conceptos actuales acerca de la conciencia

J. OBIOLS

La psicología actual, tiene como una de sus características, la enorme diversidad de criterios ante fenómenos idénticos. El observador imparcial que se acerca al estudio de la ciencia psicológica, se sorprende ante las diferencias entre las distintas escuelas, que llegan algunas veces hasta las posturas más antagónicas para explicar el mismo hecho. Esta circunstancia, propia de toda ciencia joven, puede desorientar y llevar a la conclusión de que una ciencia que admite tantas posturas diversas coexistiendo en las distintas escuelas, puede ser difícilmente acreedora a tal denominación. Sin embargo, en muchas ocasiones, tales discrepancias, son más aparentes que reales. Si analizamos detenidamente las cosas, posiblemente acabaremos por concluir en muchos casos que las diferencias son menores de lo que a primera vista parecen, obedeciendo a verbalismos o a distintos planos de enfoque. Un trabajo que en vez de acentuar las diferencias entre las distintas concepciones de escuela, como se acostumbra a hacer, intentara realizar amplias síntesis poniendo en relieve lo que hay de común entre pensamientos tenidos habitualmente por dispares, seguramente podría poner en claro que entre lo que verdaderamente es ciencia, hay menos diferencias de las que comúnmente creemos. Algo así ocurre con el problema de la conciencia. Es fácil hacer una lista de varias docenas de definiciones según los distintos tratadistas y según los criterios de escuela. No solamente existe un amplio campo de aparentes divergencias, sino que en muchas escuelas, en vano buscaremos el término, ya que ha desaparecido de los índices de sus libros. Se manejan perfectamente sin el concepto. El conductismo, la escuela reflexológica, la psicología concreta, no emplean la palabra "conciencia". Es corriente afirmar que niegan el concepto. ¿Cómo puede ser que existan numerosos grupos de psicólogos que prescindan de un concepto considerado básico por los restantes? ¿Es posible la coexis-

tencia de tan opuestos puntos de vista, y que todos se autotitulen ciencia, con la exigencia de objetividad que lleva implícita? Es posible como hemos afirmado hace un momento, que pueda comprenderse esta disparidad y que en el fondo no sea tan acusada como aparece a primera vista.

La Psicología como ciencia es de nacimiento reciente. Tiene menos de un siglo. Si fijamos en WUNDT el origen de la actitud que podemos llamar científica, todavía no se han cumplido cien años de la aparición de sus primeros trabajos. La actitud experimental y el deseo de replantearse la problemática global de la psicología, surgió sobre las bases de la psicología clásica, muchas de cuyas concepciones podían considerarse más bien un lastre. Al realizar la reestructuración de la concepción de la vida psíquica, es imposible sustraerse a las antiguas concepciones y a la nomenclatura preexistente. Muchos de los aparentes problemas surgen de cuestiones lingüísticas.

La conciencia como entidad, es difícilmente imaginable y en todo caso cae por completo en el terreno de las hipótesis. La teoría de la conciencia, igual que la teoría del inconsciente, que la complementa, sólo son eso, meras teorías, todavía pendientes de demostración y posiblemente sin posibilidad de ella. Es fácil comprender que escuelas con un criterio de rigurosa objetividad, se resistan a admitirla y construyan una concepción de la vida psíquica sin necesidad de este concepto. Y, sin embargo, el término usado con el valor que le damos corrientemente se refiere a una realidad difícilmente soslayable. El individuo inmerso en su medio, entra en relación con él, capta sus modificaciones y las valora de un modo u otro. A este *darse cuenta,* a esta posibilidad de reaccionar ante estímulos externos y coordinarlos en un conjunto coherente, es a lo que llamamos conciencia. Esta función, nadie la niega. Lo que ocurre es que al concepto escolástico de conciencia, sólo puede accederse a través de la introspección, y la subjetividad es eliminada como método de trabajo en las escuelas que se quieren objetivas. Estamos lejos de los conceptos diltheianos cuya influencia se va diluyendo con el tiempo. Las características de las ciencias del espíritu, han sido reiteradamente puestas en entredicho y su vigencia puede considerarse en camino de caducar. Por consiguiente, todo lo que no sea susceptible de cuantificación no es tenido en cuenta ni tomado como objeto de estudio. Pero esta concepción digamos tradicional de la conciencia, puede ser discutida y aun negada, pero lo que es evidente es que la "función" del concienciar, es interpretada de otro modo, pero sigue subsistiendo como no puede ser menos, en todas las psicologías. A lo sumo podemos decir que existen ciertas escuelas que intentan evitar la reificación del concepto, pero siguen manejándolo de un modo implícito. En realidad, que existe una puesta en contacto con el mundo externo, una actitud reflexiva ante los estímulos captados y una integración de los mismos, no lo niega nadie. Si comparamos las diferentes definiciones de conciencia, siempre podremos llegar a una síntesis y encontrar el punto en el que coin-

ciden los diversos autores. Es este "darse cuenta" lo que constituye la esencia de la función.

Según el contenido de lo captado por la conciencia, y según su situación pueden distinguirse distintos planos de la misma. JASPERS distingue entre conciencia del objeto, conciencia del cuerpo y conciencia del yo. La primera abarca el inmenso campo de todo lo que está en el exterior del individuo. Todo cuanto es susceptible de estimular sensorialmente al sujeto, es capaz de traducirse en percepción y pasar a formar parte del contenido de la conciencia. La conciencia del cuerpo distingue perfectamente entre la materia, formando parte del propio cuerpo y el resto del mundo. Entre el cuerpo y lo que no es cuerpo. Los límites de nuestro organismo son perfectamente claros en el hombre adulto y permiten concienciar el propio cuerpo como algo propio y al mismo tiempo objeto de pertenencia y por consiguiente hasta cierto punto ajeno al individuo. Mi mano es mía, pero al ser mía, no es propiamente yo, sino algo que me pertenece, y que puedo considerar como algo hasta cierto punto extraño al núcleo de mi personalidad. Las vivencias que nos llegan del intracuerpo también forman parte de esta conciencia corporal que se distingue ya precozmente en la vida del individuo de la conciencia del mundo externo. Y finalmente la conciencia del yo permite al individuo ser consciente de sí mismo y referir todas las demás experiencias a este sujeto siempre fugitivo que es el yo y que puede identificarse con el concepto de personalidad. Los tres planos de conciencia jaspersianos son perfectamente equiparables a las concepciones de cualquier escuela. La conciencia objetal y la corporal, unidas, forman la conciencia objetivable en sus dos vertientes del yo y el no-yo. El sujeto es perfectamente capaz de diferenciar el mundo en estas dos porciones a través de los estímulos sensoriales hétero y propioceptivos, y ambas son asequibles al investigador y al experimentador. En cambio, la tercera vertiente, la conciencia del yo, pertenece de lleno al terreno de la psicología especulativa, y sólo es admitida por las escuelas no empíricas. Los caracteres formales del yo son, según JASPERS, cuatro: la vivencia de unidad, de identidad, de finitud y de actividad. Todos ellos han sido discutidos, sobre todo el de identidad. La más elemental fisiología nos enseña que en el plano material, los elementos constituyentes de nuestro cuerpo son continuamente renovados con mayor o menor celeridad, pero que indefectiblemente, al cabo de pocos meses, o en algunos tejidos de pocos años a lo sumo, todas nuestras células han sido completamente renovadas y de los elementos constituyentes no persiste prácticamente ninguno. Sin embargo, no sólo existe esta conciencia de identidad en el terreno psíquico, sino también en el corporal. Nuestra mano, nuestros ojos, los sentimos siempre idénticos, aunque nos conste que todos sus elementos se han ido renovando. El plano de la conciencia del yo es el más alejado de la conciencia propiamente dicha, y su estudio plantea problemas que rozan la metafísica, y que aquí vamos a dejar de lado.

Ciñéndonos al plano más elemental del concepto, podemos considerar en la conciencia unos aspectos en su modo de funcionar que podemos delimitar y fácilmente cuantificar. La amplitud y la intensidad son dos cualidades fundamentales en su producirse y que por referirse a vectores espaciales y cuantitativos son susceptibles de ser explorados objetivamente y ser sometidos a toda clase de experiencias. La comprobación reiterada de unas determinadas constantes permiten determinar de un modo empírico los valores de la amplitud y de la intensidad que pueden ser considerados normales. La psicología empírico-experimental hace ya tiempo ha permitido determinar el nivel normal de percepción, tanto en intensidad como en amplitud de campo. El estado vigil normal, tiene como características definitorias un cierto nivel de capacidad de percepción y, por consiguiente, de concienciación, y una cierta amplitud, ambos determinados por la agudeza sensorial en el campo de la sensopercepción y por la fluidez de los mecanismos mnémicos o de las representaciones en el campo de la memoria de evocación y de la imaginación. Este nivel normal no es una constante rígida para todos los individuos, sino que varía, como toda constante biológica, dentro de unos límites más o menos amplios que podemos considerar psicológicamente normales. Estos límites son bastante ensanchados y dependen de factores constitucionales, raciales e incluso culturales. El aprendizaje puede influir elevando, a veces considerablemente, el rendimiento en un sentido determinado de la actividad consciente.

Para cada individuo en el estado vigil, es decir de conciencia normal, existen unas posibilidades que le permiten contactar no sólo con el mundo externo, sino con su intracuerpo, porporcionándole los elementos que constituirán su yo, su memoria posteriormente y en último término su personalidad, que es continuidad, es decir, biografía.

El estudio de la conciencia normal puede aportarnos gran cantidad de información sobre sus características y es una fuente importante de información para el psicólogo. Pero indudablemente esta información se verá enriquecida con el estudio de las modificaciones de este estado normal de conciencia. Existen unas variaciones que podemos llamar fisiológicas, que están en relación con el ritmo biológico. En el sueño, el sujeto presenta como rasgo fundamental del mismo, además de las variaciones corporales estudiadas por la fisiología, un cambio importante en el estado de conciencia. La conciencia onírica presenta unas características muy especiales que permiten diferenciarla tajantemente de la conciencia vigil. Los elementos que contribuyen a formar el contenido de la conciencia onírica, sin ser radicalmente distintos de los que intervienen en la composición de la conciencia vigil, difieren evidentemente de ellos, principalmente en la proporción en que intervienen más que en su calidad. En realidad no encontramos ningún elemento específico de una de las dos conciencias. Todos se encuentran en ambas. Repetimos que sólo difieren en su cantidad, en su proporción y en su frecuencia. En primer lugar, las im-

presiones sensoriales que son predominantes en el estado de vigilia, y que constituyen un elevado porcentaje del contenido de la conciencia vigil, pasan muy a segundo lugar en la conciencia onírica. Ahora bien, no están desaparecidas del todo. Desde las experiencias de los oneirólogos franceses del XIX hasta las más recientes investigaciones, se ha comprobado que mientras se duerme se es capaz de registrar estímulos sensoriales en todos los sentidos. Únicamente varía el dintel de percepción, que tampoco permanece fijo durante toda la dormición, ya que varía según el horario del sueño, según su fatiga, puede ser influenciado por diversos fármacos u otros estímulos activadores o frenadores y, sobre todo, según fórmulas individuales, que pueden moverse dentro de unos límites muy amplios. Pero a pesar de estas consideraciones, es preciso reconocer que los estímulos sensoriales juegan un papel restringido en el contenido de la conciencia onírica, que pasa a ser ocupado principalmente por imágenes mnésicas que se suceden con un ritmo también muy variable, cuya principal característica es estar teñidas de una fuerte impregnación afectiva. Mucho se ha discutido sobre el lenguaje de los sueños. El análisis de los mismos demuestra la existencia de una semántica peculiar, aparentemente incomprensible para el individuo en estado de conciencia vigil, pero que hoy ya todo el mundo admite que no es incoherente y absurda como a primera vista parece, sino que está cargada de sentido. Lo que ocurre es que los mecanismos de expresión son distintos y que la apariencia abigarrada, confusa o inconexa de los sueños puede ser vencida a través de una hermenéutica que ha sido recreada por diversas escuelas. FREUD basó su teoría sobre la psique en interpretaciones de sueños que han pasado a ser clásicas, sin que ello suponga que sean forzosamente verdaderas. La condensación, la dramatización, la fusión de las coordenadas témporo-espaciales y la simbolización son los mecanismos más importantes que intervienen en la elaboración de las imágenes oníricas y que contribuyen a crear el contenido característico de los sueños.

La psicopatología estudia una serie de alteraciones de la conciencia producidas por diversas causas, y que pueden darse en cuadros psicóticos, en algunas neurosis o sólo como manifestación transitoria de un trastorno pasajero. Estas alteraciones pueden ser variadas, pero tampoco los cuadros presentados son tan numerosos como podría parecer, dados los múltiples síndromes posibles en psiquiatría. Existe más bien una cierta monotonía de respuesta ante estímulos muy diversos. BONHOEFFER ya estableció hace varias décadas que ante cualquier estímulo exógeno el trastorno fundamental es una alteración de la conciencia, y ésta sólo era posible dentro de unos márgenes muy limitados. Los cuadros de reacción exógena de BONHOEFFER son la obnubilación, la agitación y el estupor.

Hay dos cuadros frecuentes en psiquiatría, que tienen un enorme interés psicopatológico, que son el estado crepuscular y el estado confusional. Para

imaginar estos cuadros y para describirlos, tenemos que partir del estado de conciencia normal. Normalmente podemos distinguir entre los contenidos provenientes del mundo externo a través de la sensopercepción, los recuerdos, las vivencias propioceptivas y las imágenes representativas y las ideas. En la conciencia bien estructurada existe una gradación de actos vivenciales que permite diferenciar perfectamente cada uno de estos fenómenos y atribuirles su origen de una forma correcta. Un hombre normal jamás confunde la visión de una rosa con el recuerdo de esta rosa o con la imagen de una muchacha que conozca que se llame Rosa. Precisamente hemos insistido en que una de las cualidades fundamentales de la conciencia es esta posible estructuración de los fenómenos psíquicos y la capacidad de interrelacionarlos de una forma automática, pero sin confusión posible. En el estado crepuscular esta delimitación precisa desaparece progresivamente, según la intensidad del cuadro, hasta llegar a permitir toda clase de invasiones de un terreno en el otro. La vivencia de realidad que es consecuencia de la claridad de conciencia desaparece y ya no es posible hacer una selección entre los contenidos de conciencia atribuyéndoles los caracteres de realidad externa o de rememoración y de imágenes. El individuo en estado crepuscular pierde la capacidad de hacer esta selección de contenidos. Por otra parte, también se añade un aumento del dintel de respuesta a los estímulos sensoriales, con lo que la conciencia se empequeñece, al existir muchos estímulos que no pueden llegar a ser captados. Pero esta disminución de sensibilidad a los estímulos externos no es uniforme, como lo sería si siguiese fielmente una ley física. A un embotamiento general y a un efectivo aumento del dintel absoluto se acompañan muchas veces reacciones paradójicas, ya que al lado de una ausencia de respuesta ante ciertos estímulos se encuentra una respuesta excesiva ante otros que están relacionados con factores emocionales o con vivencias personales del enfermo. Estas variaciones nos explican el abigarramiento que pueden presentar ciertos estados crepusculares cuyo estudio minucioso, desde un punto de vista fenomenológico, puede ser muy demostrativo y muy útil al clínico. El estado confusional se caracteriza por la imposibilidad del enfermo en orientarse en ninguno de los aspectos que antes mencionábamos. Es decir que hay una desestructuración intensa de los diversos planos de la conciencia, y la mezcla de las vivencias internas con las de origen externo, con la imposibilidad absoluta de distinguir entre el yo y el no-yo, entre pasado, presente y futuro, entre los distintos planos espaciales. El estado confusional supone la máxima desintegración de lo que llamamos conciencia.

La conciencia de los objetos, es decir la conciencia del mundo exterior, nos permite las síntesis témporo-espaciales que conocemos con el nombre de orientación. Estas síntesis, en el hombre normal, se dan de una forma implícita, siempre presentes y siempre latentes. Es decir que sin tener que vivenciarlo en cada momento, sabemos siempre, de un modo automático, nues-

tra situación en el espacio y en el tiempo. En ocasiones de cambio de residencia, en virtud del automatismo creado anteriormente, podemos presentar errores de conciencia en este sentido, por ejemplo creer que todavía seguíamos en el lugar anterior de permanencia durante unos instantes y actuar así. Pero estos errores se corrigen inmediatamente, pudiendo ser achacados a falta de atención por estar absorbida ésta por otras circunstancias. Estos fenómenos no pueden considerarse como patológicos, y aunque tienen un mecanismo de producción igual que el estado crepuscular, no tienen nada que ver con él. Son más frecuentes en individuos habitualmente preocupados por problemas que les apasionen. La edad también influye. Estas distracciones aumentan con los años. En términos generales podríamos decir que la gente joven vive más hacia el exterior, con la atención más despierta, y en cambio los individuos más maduros van desasiéndose del mundo externo para concentrarse en su vida íntima, con lo que la respuesta a los cambios de estímulo puede estar disminuida o perturbada.

Otra forma de alterarse la conciencia es por aumento de la capacidad de respuesta. La hiperconciencia, con el aumento de la posibilidad de captar estímulos de todos los órdenes, puede darse espontáneamente en cuadros de intoxicación por diversas drogas o en algunas formas psicóticas. El descenso del nivel sensoperceptivo, que produce el aumento de la integración de vivencias de origen sensorial, se acompaña de una sensación de hiperlucidez en la que intervienen componentes afectivos, pero que tiñe el estado de conciencia dándole un matiz característico de poder y de facilidad para todas las acciones.

Una modificación de la conciencia muy interesante es la debida a la hipnosis. Aunque en el marco donde nos encontramos debamos rechazar este término, por otra parte clásico en psicología y psiquiatría, para usar en su lugar el de conciencia en estado sofrónico. La conciencia sofrónica es muy distinta de la onírica. Sin duda se parece más a la vigil que a la onírica, aunque posee características de ambas. En primer lugar el sujeto en estado sofrónico es perfectamente capaz de diferenciar los dos campos de contenidos externo e interno. Difícilmente podrá confundir una vivencia subjetiva de un estímulo proveniente del exterior. La barrera entre el yo y el no-yo permanece intacta. La capacidad de reaccionar ante estímulos sensoriales externos está limitada. Perdida para la gran mayoría de ellos, se conserva e incluso puede aumentarse, hacia aquellos ante los cuales está sensibilizado el sujeto. El psicoterapeuta puede condicionar las respuestas selectivas ante unos estímulos determinados, con ausencia absoluta de respuesta ante otros. La agudeza sensorial también puede experimentar estas enormes variaciones. Los dinteles de respuesta pueden estar, pues, sumamente alterados, describiendo curvas de muy diversa intensidad. Experimentalmente se han comprobado estos extremos. En la conciencia de vivencias internas ocurre exactamente lo mismo.

Es creencia muy extendida que un sujeto sofronizado puede recordarlo todo, incluso hechos que estuvieran fuertemente reprimidos. Y esto es falso. La concienciación de recuerdos y vivencias del intracuerpo está condicionada a factores determinados, generalmente dependientes de la influencia del psicoterapeuta. Pero el sujeto no lo recuerda todo, sino sólo presenta rememoraciones selectivas muy concretas. Esta selectividad, tanto para los contenidos de origen externo como para los de origen interno, es la característica fundamental de la conciencia sofrónica. Por otra parte la aparente incoherencia y la dramatización de la conciencia onírica tampoco se dan en la sofrónica, cuya semántica es mucho más cercana a la vigil, sin ser de todos modos igual, ya que mecanismos de condensación y simbolización son frecuentes en ella.

La disociación de conciencia que se da en la histeria, presenta unas características que la convierten en uno de los estados de conciencia más apropiados para el estudio de los mecanismos íntimos de la conciencia en general. Por un lado tiene concomitancias con la conciencia onírica y, por otro, con la sofrónica. La enferma vive aparente en dos planos su realidad vivencial, aunque la denominación de desdoblamiento no exprese exactamente lo que ocurre en realidad. El comportamiento de la paciente no es como si fueran dos personas — o tres, o más — sino que, en realidad, la observación permite llegar a la conclusión que jamás pierde la conciencia del yo, y que, a lo sumo, los cuadros que aparecen suponen un distanciamiento en la concienciación, un diálogo interno que se exterioriza, una serie de reflexiones que se dramatizan y adquieren una forma imaginada que puede producir confusión al observador superficial.

Si hacemos un resumen de todo lo expuesto hasta aquí, podremos considerar las variaciones múltiples que se dan en los estados de conciencia. Entre la conciencia vigil, la onírica, la sofrónica, el estado crepuscular, el estado confusional, la hiperlucidez, la disociación, la obnubilación más o menos profunda, hay diferencias que hemos citado y hemos intentado poner de manifiesto someramente. Podríamos decir que en conjunto constituyen un cuadro abigarrado de posibilidades, cada una de las cuales, al ser estudiada con minuciosidad, permite un conocimiento más exacto del acontecer psíquico. Pero a pesar de esta diversidad innegable es posible encontrar el nexo de unión entre todos estos estados y llegar a una concepción unitaria de la conciencia en todos sus estados, que permite concebir sus variaciones como meras modificaciones de sus cualidades esenciales y no como estados cualitativamente distintos. Este rasgo de unión es el grado de acuidad de recepción de estímulos. Puede identificarse con el concepto de vigilancia y con los hallazgos de MAGOUN en el estudio del sistema reticular ascendente. La información que recibimos proveniente del mundo externo se fusiona con los estímulos propioceptivos y los contenidos vivenciales mnésicos afectivos y el pensamiento para formar el conjunto de elementos de la conciencia. En cada una de las modi-

ficaciones de su estado, que hemos descrito, todos estos elementos intervienen. Sólo varía la intensidad y la composición. Pero no hay en el fondo ninguna diferencia esencial entre ninguna forma de conciencia. Ni siquiera entre las normales — vigil, onírica y sofrónica — y las patológicas, pueden ser concebidas como variaciones en intensidad y grado de los diversos elementos componentes.

Quizá, si fuera preciso un criterio de clasificación, podría ser la capacidad de diferenciar las vivencias provinentes del mundo exterior de las provinentes del interior, lo que constituye lo que llamamos conciencia de realidad. En este sentido podríamos hacer dos grupos; por un lado la conciencia vigil, la sofrónica y el estado crepuscular, y por el otro la conciencia onírica, los estados confusionales y la obnubilación profunda. Los estados agrupados en primer término conservan con mayor o menor intensidad la capacidad de diferenciación de ambas fuentes de contenidos. Los segundos, no.

El aumento de nuestros conocimientos en psicopatología y en psicología viene condicionado por la posibilidad de observación y experimentación. Sin duda, la conciencia sofrónica, por la facilidad con que puede obtenerse y por ser asequible a su estudio y a la realización de múltiples comprobaciones y experiencias, constituye una fuente importantísima de conocimientos, y es de esperar que el estudio de sus características pueda aportar nuevos datos útiles para ambas ciencias.

Dr. Juan Obiols Vié, Médico Neuropsiquiatra. Profesor Adjunto de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona.

II

LA RELAJACIÓN DE SCHULTZ
Y
NUESTRO MÉTODO DE RELAJACIÓN DINÁMICA

Métodos de Relajación

El entrenamiento Autógeno de SCHULTZ y la Relajación Dinámica

A. CAYCEDO

Los Métodos de Relajación constituyen sin duda uno de los temas de mayor importancia para la Sofrología. Los procedimientos sofroterápicos encuentran en la Relajación, más que en las técnicas "ritualizadas" de la hipnosis, un campo de acción sobre la conciencia humana, en mayor concordancia con nuestros actuales conceptos.

VALLEJO afirma que la Sofrología utiliza las técnicas de relajación asociadas a la acción verbal. Por otro lado, algunos sofrólogos de lengua francesa, ABREZOL, CHERCHEVE, DUMONT, han mantenido la tesis de que los procedimientos sofrológicos llegarían a los mismos estados obtenidos por la hipnosis, pero sin necesidad de "técnicas de inducción". Es evidente que los sofrólogos mencionados están en lo cierto.

Cuando nos iniciamos en la práctica de los diferentes métodos de la hipnosis, nos fuimos dando cuenta poco a poco de que la inmensa mayoría de dichos procedimientos eran innecesarios. Recordamos que el último vínculo que nos unía a la hipnosis era el empleo de algunas "técnicas" a las que, inicialmente, atribuíamos extraordinaria utilidad. Fueron precisamente los odontólogos que se habían formado en Sofrología, quienes despertaron en nosotros la duda, acerca de la "necesidad" del empleo de las "técnicas" para obtener los fenómenos. Recuerdo que fuimos sorprendidos por la extraordinaria rapidez con que los odontólogos conseguían estados sofrónicos, valederos para la anestesia, sin emplear la mayoría de las técnicas que nosotros les habíamos enseñado.

Paralelamente a nosotros, GUBEL en Buenos Aires, experimentaba una situación similar. En un trabajo publicado en 1961 escribe: "La hipnosis, por su fenomenología espectacular, es vivenciada por el profesional y el enfermo —inconscientemente— como un talismán todopoderoso que permitirá a ambos liberarse de sus respectivas angustias: al uno de su inoperancia médica y, al otro, de su inoperancia vital".

Ante esta situación, por demás embarazosa para el médico, se planteaba necesariamente una revisión. RIBERO escribe: "Necesitábamos urgentemente un vocablo para sustituir al de Hipnosis, el de Sofrología está en marcha, ahora no hay más que esperar a que la palabra se cargue de contenido propio". Con la nueva actitud se evitaba esa enorme ansiedad a la que alude COTERÓN, vivida por el médico "para defenderse de la cual, no es rara la adopción de una posición de rechazo".

Por aquel entonces habíamos elaborado un procedimiento para realizar el Entrenamiento Autógeno de SCHULTZ "dentro" del estado sofrónico. Iniciábamos la Sofronización mediante una de las técnicas corrientes de la hipnosis y, una vez obtenido el estado sofrónico, procedíamos a sugerir el método de SCHULTZ, lo que se obtenía a menudo con excelentes resultados (*).

A partir de la observación antes mencionada, decidimos eliminar el método inicial de "inducción". Es decir procedíamos directamente a la Sofronización empleando el Método de SCHULTZ, sugeriéndolo mediante el TERPNOS LOGOS. Observamos que el proceso sofrónico cursaba sin necesidad de ningún procedimiento ritual previo. Expresado en otros términos, el método de Relajación de SCHULTZ era utilizado como procedimiento eterosofrónico. Observamos también que los sujetos resistentes a la Sofronización mediante la "Relajación Dirigida", lo eran también frente a cualquier procedimiento "típicamente hipnótico".

Hoy día, estamos firmemente convencidos de que los métodos de Relajación, dirigidos sofrológicamente, constituyen ellos mismos los sistemas mejores para la producción de los estados sofrónicos.

Claro está que los sistemas utilizados por los hipnotizadores, también deben ser conocidos por los sofrólogos pues en algún caso excepcional pueden ser de utilidad (traumatismos de guerra, etc.).

El proceso de desmitificación de la hipnosis ha sido largo y penoso. Los especiales fenómenos de la conciencia que han dado origen a las más variadas interpretaciones a través de la historia, han tenido que esperar muchos años para liberarse del "pensamiento mágico". No cabe duda que la hipnosis representó a su vez un paso más en el camino de racionalización de estos fenómenos. El Magnetismo también lo representó a su turno pues

(*) Este método se publica en este libro con el título «*La relajación de Schultz durante el estado sofrónico*».

todos sabemos, del extraordinario mérito de MESMER al intentar, y lograr en parte, un paso gigantesco en el proceso de racionalización dentro del pensamiento mágico de su época. A nuestro juicio, ha sido J. H. SCHULTZ quien en el presente siglo ha contribuido mayormente al proceso de "desmitificación" de estos fenómenos. La personalidad científica de SCHULTZ, sus agudas observaciones y conceptos han jugado un papel definitivo en el origen de una nueva actitud que permite actualmente una aproximación más libre a la conciencia humana, a través de sus ESPECIALES FENÓMENOS.

Basta seguir detenidamente el pensamiento de SCHULTZ desde sus comienzos, para darse cuenta de que en sus ideas empezaba a amanecer una nueva época para la investigación de la conciencia en Occidente.

Ya en los primeros lustros del presente siglo, SCHULTZ elabora en Alemania su método de Entrenamiento Autógeno y lo comunica a la Asociación Médica de Berlín en 1926. Seis años después, en 1932, publica su primer libro acerca del Método, comunicando sus observaciones en más de 1.300 casos. Desde entonces hasta ahora son muchos los trabajos publicados acerca de su Método y son miles, tal vez millones, las personas beneficiadas mediante este Procedimiento.

Son interesantes las ideas de SCHULTZ con relación a la hipnosis. Ciertamente, elabora su Método de Entrenamiento Autógeno a partir de los fenómenos de la hipnosis practicada entonces; sin embargo tenemos la impresión de que aunque SCHULTZ toma como punto de referencia para su Método los fenómenos de la hipnosis, en el fondo se rebela contra sus conceptos. "La Hipnosis no es un fenómeno puramente psicológico ni equivale a la simple sugestión. Es más bien un verdadero cambio de actitud de todo el organismo", escribe ya entonces. Describe su Método de Entrenamiento Autógeno como "Un Método para obtener un estado de Autohipnosis por medio de ejercicios sistemáticos, bajo control médico". En 1956 SCHULTZ escribe: "El Método de Entrenamiento Autógeno cumple ahora sus 30 años de edad y ha cumplido lo que prometió especialmente en las "neurosis de órganos", y en los síntomas funcionales como el asma, la angina de pecho, etc. Naturalmente —sigue afirmando SCHULTZ— el Entrenamiento Autógeno, al igual que la hipnosis, puede tener éxito solamente en casos de enfermedades funcionales". Observamos como SCHULTZ continúa tomando como punto de referencia la hipnosis, pero sin embargo establece una cierta diferencia entre ella y el Método de Entrenamiento Autógeno.

Hoy sabemos que es un error, no solamente terminológico, el hablar de "la hipnosis", este concepto implica la "cosificación" de varios fenómenos de la conciencia. No se puede hacer un sustantivo, un objeto, de los fenómenos psíquicos. Es ésta la razón por la cual en Sofrología evitamos en lo posible el término "la Sofrosis" y empleamos los de "Sofronización",

"Proceso Sofrónico", "Sofroterapia", etc. etc. SCHULTZ se daba cuenta de que, con su método, ponía en marcha un verdadero proceso psicosomático, en el cual jugaba un papel importante la modificación de la conciencia. SCHULTZ sabe que aún dentro de los estados más profundos el sujeto puede vivenciar el "sentimiento" de Relajación Progresiva; que se ponía en marcha "un mecanismo biológico autónomo —escribe entonces— el cual gradualmente determina un cambio general en la actitud del organismo, EN ESTE ESTADO DE SEMI-SUEÑO, SEMI-VIGILIA, QUE TIENE CARACTERÍSTICAS MUY ESPECIALES".

Aunque SCHULTZ compara su Método con la "Auto-hipnosis", sabe muy bien que la conciencia no admite rígidas fronteras y que existe en marcha, repetimos, un verdadero Proceso. Esto queda demostrado a través de sus observaciones sobre la parte del Entrenamiento Autógeno, que SCHULT denomina GRADO SUPERIOR. "Para que el sujeto pueda iniciar el grado superior, afirma, hay que dominar el grado inferior (los 6 ejercicios clásicos conocidos que luego comentaremos), por lo menos durante 2 años, lo que le ha conducido paso a paso a una VISIÓN INTERIOR. En esta situación mediante el empleo de visiones, de colores y de objetos, el individuo llegaría a la confrontación simbólica con los problemas más profundos". En estas condiciones, continúa SCHULTZ, "puede ser sumamente fructuoso el procedimiento de llevar al sujeto a un autoconocimiento que desarrollaría su madurez lo cual, mediante otros procedimientos, requeriría mucho más tiempo conseguir". SCHULTZ continúa afirmando que en el grado superior del Entrenamiento Autógeno el hombre se enfrenta claramente con "el mundo de sus imágenes internas".

PASCAL, de Montevideo, realizó en 1961 interesantes estudios en que fue posible la plasmación gráfica de percepciones captadas durante la práctica del Método de SCHULTZ. Observó las llamadas IMÁGENES HIPNAGÓGICAS, producidas durante un estado que denomina PREDORMITIVO, en el que desfilan ante los ojos cerrados del sujeto una serie de imágenes con completa autonomía, es decir, que "el sujeto no las dirige según su fantasía, sino que éstas se imponen a él".

Es interesante tener presente estos hechos para cuando hablemos del Método de Relajación Dinámica.

Son muy variadas las investigaciones que se han realizado con el Método de Entrenamiento Autógeno de SCHULTZ. Se ha demostrado la influencia del Método sobre importantes áreas del fisiologismo (tono muscular y vasos sanguíneos, etc. etc.), así como en determinados aspectos psicológicos que permiten su utilización terapéutica en una amplia gama de afecciones psicosomáticas y funcionales. Además, como afirma SCHULTZ, dándose la circunstancia de que la inmensa mayoría de las enfermedades tienen

carácter funcional, según la interpretación moderna del término, no es sorprendente que el Método también pueda ser aplicado a enfermedades orgánicas.

La indiscutible influencia que el Entrenamiento Autógeno de SCHULTZ ejerce sobre los mecanismos psicosomáticos, ha sido motivo de que el mismo SCHULTZ llame la atención sobre la peligrosidad del Método, cuando éste no se dirige bajo el control de un profesional experimentado. Como se trata, escribe, de una interferencia en las funciones reguladoras centrales, es natural que el Método sea peligroso si se aplica erróneamente. "Si esto no fuese así, no nos explicaríamos su eficacia".

Se han realizado investigaciones electro-encefalográficas que han arrojado datos de una gran riqueza para la investigación. ISRAEL y ROHMER, de Estrasburgo, estudiaron en algunos sujetos las variaciones electro-encefalográficas durante el Entrenamiento Autógeno y durante la hipnosis. Transcribimos aquí una de sus conclusiones: "La interpretación fisiológica de los resultados proporciona elementos de discusión interesantes en diferentes dominios. Permite poner en evidencia algunas modificaciones que se efectúan en el interior del sistema nervioso central durante la Relajación. Igualmente, permite situar estas modificaciones en relación con ciertos niveles de conciencia. Han podido emitirse algunas hipótesis referentes a las formaciones afectadas de vigilancia y rinencéfalo. Finalmente, la comprobación de tales modificaciones autoriza a compararlas con las variaciones eléctricas registradas durante los estados neuróticos, proporcionando de este modo una contribución al estudio patogénico de estos estados".

KAMMERER, DURAND DE BOUSINGEN y BECKER, también de Estrasburgo, han realizado interesantes trabajos de investigación con el Entrenamiento Autógeno, encontrando en general buenos resultados. Pusieron de manifiesto, en uno de sus experimentos, el hallazgo de alteraciones en el plano orgánico y el psíquico, en 19 de 43 casos, apuntando entre ellos trastornos cardio-vasculares. Llegan a la conclusión de que una orientación solamente psicoanalista para resolver los problemas psicosomáticos sería demasiado exclusivista y subrayan que muchos pacientes, inaccesibles a una comprensión psicogenética de sus trastornos, pueden beneficiarse mediante otros sistemas.

"El Entrenamiento Autógeno —concluyen estos autores— tiene la considerable ventaja de tomar su punto de partida en los efectos físicos inmediatos, de permitir un ataque directo al síntoma somático y de obtener resultados claramente más rápidos que un psicoanálisis. Va así dirigido a los numerosos pacientes desechados o despreciados por los psicoanalistas, y frecuentemente desdeñados o abandonados por los prácticos, que agotaron su paciencia. La experiencia de la escuela de SCHULTZ, que abarca más de

ser una panacea, nos abre las perspectivas más alentadoras". GUBEL se treinta años, ha proporcionado pruebas convincentes de su eficacia. Sin muestra ampliamente de acuerdo con esta opinión cuando al estudiar las técnicas analíticas en la hipnosis escribe: "La hipnosis nos ha demostrado, en contraposición a los rígidos postulados de algunas escuelas psicoanalíticas, que la intervención activa del hipnoterapeuta, resulta oportuna y beneficiosa para el tratamiento y que tampoco es necesario un minucioso "insight" microscópico en cada uno de los detalles de la vida inconsciente infantil. La escuela de PAVLOV sostiene que a veces la simple supresión sintomática o mejor dicho, la remoción de síntomas en una o pocas sesiones, es suficiente para una estructuración psicológica del enfermo que lo conduce rápidamente al mismo equilibrio que un largo y tedioso análisis".

En tal sentido, nos ha llamado poderosamente la atención el nuevo concepto introducido recientemente por DURÁN LÓPEZ acerca de lo que este autor denomina SOFROTERAPIA EXPRESIVA del conflicto actual. Esta puede ser una concepción original dentro de los modernos conceptos de la Sofrología, que permitiría la valoración terapéutica de un procedimiento que actúa "sin referirse a las situaciones inconscientes de tipo infantil".

MONTSERRAT ESTEVE y colaboradores, realizaron en Barcelona interesantes trabajos electro-encefalo-gráficos con el Método de SCHULTZ. Son muchos los autores que han utilizado el E.E.G. en sus trabajos de investigación sobre el Entrenamiento Autógeno. Nosotros en el Hospital Provincial de Madrid bajo la dirección del Prof. LÓPEZ IBOR realizamos un trabajo de investigación registrando el E.E.G. y el E.C.G. en 41 sujetos capaces de experimentar estados sofrónicos profundos; comparando dichos trazados con los obtenidos durante el estado de vigilia y durante el Entrenamiento Autógeno de SCHULTZ. Se hicieron los registros simultáneos del E.E.G. y el E.C.G. ajustándonos al siguiente protocolo: ESTADOS DE VIGILIA: a) Características del E.E.G. en reposo; b) Bloqueo del Alfa; c) Variación con estimulación dolorosa; d) Rasgos del E.E.G. con hiperventilación; e) Rasgos inducidos con Fotoestimulación Intermitente; f) Frecuencia del E.C.G. en reposo. II ESTADO SOFRÓNICO: a) Variación del E.C.G.: 1.º Frecuencia E.C.G. en reposo; 2.º Frecuencia E.C.G. durante emoción sugerida; 3.º Frecuencia E.C.G. durante fatiga sugerida. — b) Características del E.E.G. en reposo; c) Prueba del bloqueo del Alfa: 1.º Haciendo que abra los ojos; 2.º Sugiriendo una escena sin abrir los ojos. — d) Variaciones con estímulos dolorosos. — Siempre en mano izquierda: 1.º Estímulo doloroso real; 2.º Estímulo doloroso sugerido; 3.º Estímulo doloroso real sobre zonas previamente anestesiadas por sugestión; 4.º Estímulo doloroso sugerido sobre zonas previamente anestesiadas por sugestión. — e) Rasgos del E.E.G. por hiperventilación. 1.º Con hiperventilación real; 2.º Con hiperventilación su-

gerida no real. — f) Rasgos inducidos por F.E.I.: 1.º Con F.E.I. real; 2.º Con F.E.I. sugerida. — g) Rasgos del E.E.G. al sugerir sueño real. — h) Algunas particularidades en cada caso.

En dos casos se realizaron experiencias de trazado E.E.G. en estado de catalepsia sugerida durante el estado sofrónico.

II ESTADO DE RELAJACIÓN POR EL MÉTODO DE SCHULTZ (en los sujetos entrenados). — a) Características del E.E.G.; b) Características del E.C.G.

El material obtenido arrojó interesantes resultados y las primeras conclusiones fueron objeto de un trabajo presentado al VI Congreso Internacional de Psicoterapia celebrado en Londres.

Antes de pasar a la descripción resumida de los 6 ejercicios clásicos del Método de Entrenamiento Autógeno de SCHULTZ, quisiéramos subrayar el hecho de que la Sofrología considera de importancia todos los Métodos de Relajación que hayan demostrado su valor científico. Por tanto, es conveniente que aunque se sienta predilección por algún Método determinado, el sofrólogo no se "mimetice" con un solo sistema. Conociendo varios procedimientos podremos ampliar el área terapéutica. Se ha demostrado que algunos pacientes, quienes por diferentes razones no pueden realizar un método determinado, pueden beneficiarse de otros.

Se da el caso de que algunos partidarios vehementes de procedimientos determinados, ataquen frontalmente el valor de otros métodos que, por otra parte, han demostrado su importancia clínica en determinados aspectos. Creemos que los Métodos deben adaptarse a las necesidades y conveniencias de cada caso. A mayor número de procedimientos conocidos por el sofrólogo, mayor será su capacidad de investigación y de terapéutica.

DURAND DE BOUSINGEN establece una interesante clasificación de los Métodos de Relajación. Distingue 1.º) LOS MÉTODOS ANALÍTICOS CON PUNTO DE ARRANQUE FISIOLÓGICO, entre los que incluye: a) la Relajación Progresiva de JACOBSON. b) la Técnica de JARREAU y KLOTZ y c) el Training Compensado de AIGINGER. 2.º LOS MÉTODOS GLOBALES CON PUNTO DE PARTIDA PSICOTERÁPICO entre los que incluye: a) el Entrenamiento Autógeno de SCHULTZ. b) el Entrenamiento Psicofisiológico a través de la relajación (AJURIAGUERRA). c) la Regulación activa del Tono Muscular (STOKVIS) y d) la Hipnosis activa Fraccionada de KRETSCHMER. 3.) LOS MÉTODOS REEDUCATIVOS (ejemplo el Método de GERDA ALEXANDER).

DURAND DE BOUSINGEN subraya la primacía que indiscutiblemente el Método de SCHULTZ ejerce por su sistemática y por su aplicación clínica.

DESCRIPCIÓN ESQUEMÁTICA DEL ENTRENAMIENTO AUTÓGENO DE SCHULTZ (GRADO INFERIOR)

A continuación transcribimos la sistemática de los 6 ejercicios fundamentales del entrenamiento de SCHULTZ ajustándonos, como es natural, a la descripción de su autor.

La base del Método de la Autorrelajación Concentrativa se desarrolla mediante la ejercitación de 6 "zonas" diferentes:

a) Músculos, b) Vasos sanguíneos, c) Corazón, d) Respiración, e) Organos abdominales y f) Cabeza.

Primer ejercicio: el peso — Relajación muscular.

SCHULTZ subraya la importancia que tiene la postura para el buen curso del entrenamiento. Tres pueden ser las posturas indicadas: a) la postura sentada; el sujeto recostado en una butaca con respaldo alto, que permita apoyar la cabeza y con los brazos colocados de tal suerte que colocados sobre los brazos del sillón mantengan un ángulo de unos 130 grados ya que "de esta forma los extensores y flexores se encuentran en equilibrio". La espalda se apoya cómodamente al igual que el occipucio. Los pies se apoyarán en toda su extensión en el suelo, y las rodillas se mantienen hacia afuera con la finalidad de evitar tensiones musculares. b) Se suele utilizar también una segunda postura, la llamada "postura de cochero". La persona se sienta en un banco sin apoyar la espalda, afloja todo su cuerpo, los brazos cuelgan, la espalda se encorva, la cabeza pende hacia adelante, el tronco queda hundido en sí mismo y c) Se puede también recurrir a una tercera postura en decúbito supino, con la nuca cuidadosamente apoyada en un almohadón blando, los brazos extendidos a lo largo del cuerpo con los codos ligeramente doblados y las palmas de las manos hacia abajo, teniendo las puntas de los pies dirigidas ligeramente hacia afuera.

Para facilitar la concentración interna los ojos estarán cerrados y la persona deberá representarse mentalmente, con la máxima plasticidad posible: "ESTOY COMPLETAMENTE TRANQUILO". A continuación la representación mental estará orientada mediante la siguiente fórmula: "EL BRAZO DERECHO ESTÁ PESADO", que constituye el primer paso del entrenamiento. Este breve ejercicio deberá realizarse sin efectuar ningún movimiento, ni hablar.

Todos los observadores están de acuerdo que una persona normal experimenta al poco tiempo, una evidente sensación de peso que se localiza preferentemente en el codo y antebrazo.

Después de medio a un minuto, el paciente efectuará lo que SCHULTZ denomina "RETROCESO", que también debe aprenderse de manera meticulosa

y precisa, para lograr que todo el proceso vaya haciéndose de forma automática. El retroceso indicado por SCHULTZ, tiene que efectuarse siempre así: 1) Mover los brazos, 2) Respirar profundo, 3) Abrir los ojos.

Los primeros quince días sólo deberán practicarse 2 ó 3 sesiones de entrenamiento cada día y en cada sesión pueden hacerse dos ejercicios de medio a un minuto de duración.

El fenómeno llamado por SCHULTZ "GENERALIZACIÓN", se irá experimentando a medida que el buen curso del entrenamiento va tomando forma. Consiste en que sin que el sujeto dirija su atención a otra parte que a su brazo, irá experimentando una evidente sensación de pesadez, que a menudo llega a la "SENSACIÓN DE PLOMO", en el resto de las extremidades; esto es, se generaliza de manera automática la sensación producida conscientemente en el brazo derecho.

Segundo ejercicio: Calor — Relajación vascular.

Aproximadamente después de dos semanas de practicar el primer ejercicio, el sujeto podrá agregar el segundo protocolo de SCHULTZ a su entrenamiento. Consistirá simplemente en que, sin hacer ejercicio de retroceso aumentará la representación mental siguiente: el brazo derecho está caliente.

En las personas normales, afirma SCHULTZ, "se producirá una sensación interna de calor fluyente, casi siempre proyectada del codo al antebrazo. De la misma manera que la relajación muscular sentida como peso ha podido ser medida por métodos microeléctricos, la sensación de calor ha podido producir una radiación calórica de más de un grado Celsius cuando se ha logrado el dominia del ejercicio del calor".

El protocolo quedará entonces simplificado en las siguientes fórmulas: 1) Estoy completamente tranquilo. 2) Mi brazo derecho está pesado. 3) Mi brazo derecho está caliente.

En este segundo tiempo, cabe destacar el hecho de que al producirse la relajación de los vasos sanguíneos, se ejerce una influencia especialmente sedante. Los ejercicios de relajación vascular no están desprovistos de peligro, como ya hemos subrayado con las propias palabras de SCHULTZ, pues los cambios de irrigación sanguínea influyen poderosamente sobre el organismo. En este protocolo, SCHULTZ hace nuevamente hincapié en la importancia de la vigilancia médica y de que "sólo el facultativo puede discernir si existen contraindicaciones".

Tercer ejercicio — Regulación cardíaca.

Después de haber pasado un período de entrenamiento de cuatro semanas, dos en cada uno de los ejercicios antes mencionados, el sujeto podrá

iniciar el aprendizaje del tercer protocolo de SCHULTZ, consistente en el entrenamiento de la regulación cardíaca.

"El corazón como músculo de actividad continua y contráctil, se encuentra sometido a una complicada regulación nerviosa. Mediante el ejercicio del calor la persona entrenó de forma autógena un sistema orgánico involuntario como es el vascular. En el tercer ejercicio aprenderá a realizar lo mismo con el corazón".

El paciente en decúbito supino apoya el codo derecho de tal manera que quede situado en el plano anterior del tórax; la mano derecha se aplicará en la región precordial. El brazo izquierdo permanece en la postura habitual.

En esta posición se concentran primeramente la sensación de tranquilidad, peso y calor, procurando localizarlos en la región del tórax en que se apoya la mano, actuando ésta a manera de indicador, y al cabo de algunos minutos se comienza a percibir sensaciones cardíacas. "Concentrando en esta región la fórmula: "EL CORAZÓN LATE TRANQUILO Y FUERTE".

Después de aprender a "sentir" el corazón, es decir, después de haber "descubierto" la sensación cardíaca, no será necesario que la mano se aplique en la región precordial y el curso del tratamiento se puede efectuar sin este movimiento procurando influir sobre el corazón directamente. Destacando el hecho de que en ningún caso se deberá intentar lentificar el pulso ya que esto puede acarrear algunas complicaciones.

Cuarto ejercicio — Regulación respiratoria.

La fórmula mental: "LA RESPIRACIÓN ES TRANQUILA", o lo que es mejor: "ALGO RESPIRA EN MÍ", constituye el paso más importante del cuarto ejercicio. En la respiración se imbrican factores voluntarios e involuntarios. De la misma forma como el peso y el calor se extienden espontáneamente desde el brazo de prueba al resto de los miembros, la relajación vascular y la regulación cardíaca se extiende natural y espontáneamente hacia la respiración.

El dominio de este ejercicio se alcanzará, al igual que los anteriores, después de 10 ó 15 días de entrenamiento.

Quinto ejercicio. — Regulación de los órganos abdominales — Plexo solar.

Forma parte importante del entrenamiento autógeno el aprendizaje de la relajación en los órganos abdominales como ya se ha efectuado en las extremidades y los órganos torácicos. Para ello es necesario concentrarse sobre el mayor nervio vital del abdomen, el plexo solar, que se encuentra aproximadamente en la mitad de la línea que une el ombligo con el extremo inferior del esternón, lugar ubicado en la mitad superior del abdomen.

Después de haber empleado cuidadosamente los ejercicios del uno al cuatro, sin efectuar el RETROCESO, se pasará a la formulación mental del quinto ejercicio que es la siguiente. "EL PLEXO SOLAR IRRADIA CALOR". Dicha ejercitación también precisa de 10 a 15 días de entrenamiento y suele facilitarse imaginando que el aire respirado se dirige hacia el abdomen, o que se coloca una bolsa de agua tibia en esa zona.

Sexto ejercicio — Regulación de la Región Cefálica.

Ya hemos visto que la sensación de un baño caliente, sedante, a imitación del famoso baño psiquiátrico de KRAEPELIN, es el objetivo buscado por SCHULTZ en la primera parte de su Método. En el último ejercicio se trata de producir una sensación de frialdad en la frente, en contraste con la sensación de calor producida en el resto del cuerpo. SCHULTZ destaca la creencia general que, a manera de proverbio, circula entre las gentes, de una persona que tiene el corazón caliente y la cabeza fría. Asimismo recordamos que en la antigüedad, uno de los postulados de la vieja medicina era que la buena salud se caracterizaba por tener los "pies calientes, la barriga libre y la cabeza fría".

En el Entrenamiento Autógeno, SCHULTZ describe en el sexto ejercicio una conmutación especial en la región cefálica, "la esfera cefalítica". Efectuando el sujeto los ejercicios del uno al cinco, y ya entrenado en ellos, se representará la siguiente fórmula: "LA FRENTE ESTÁ AGRADABLEMENTE FRESCA", "lo que deberá hacer con mucha precaución y esta vez durando en el ejercicio solamente algunos segundos, es decir, haciéndolo más brevemente que los ejercicios anteriores" ya que, al igual que la representación del calor conduce a una dilatación de los vasos, "la representación de frío da lugar a una constricción vascular local que puede repercutir sobre otras zonas vasculares de mayor importancia".

Los seis ejercicios descritos y su generalización constituyen el grado inferior del entrenamiento autógeno de SCHULTZ. "Estoy completamente tranquilo" — "¡Brazos y piernas pesados!" — "Brazos y piernas calientes" — "El corazón late tranquilo y fuerte" — "Respiración tranquila, algo respira en mí" — "El plexo solar irradia calor" — "Frente agradablemente fresca".

A continuación se efectuará el retroceso: "MOVER LOS BRAZOS, RESPIRAR, ABRIR LOS OJOS".

Aproximadamente al cabo de tres meses una persona normal puede dominar estos seis ejercicios. Es necesario, a partir de entonces, que la persona continúe su ejercitación para llegar al absoluto dominio del método, efectuando de uno a dos ejercicios diarios durante otros seis meses, con lo

que la intensidad de los fenómenos será cada vez mayor y aparecerá con mayor prontitud. De esta suerte el organismo aprende a relajar profundamente todos sus sistemas mediante la concentración interna y a ponerlos nuevamente en tensión mediante el retroceso. "Una vez aprendido el método la persona adquiere la capacidad de conmutación autógena: RELAJACIÓN TENSIÓN".

A partir de entonces —afirma SCHULTZ— puede ser suficiente la práctica de una relajación parcial para producirse una relajación total orgánica con todas sus ventajas, sin que el sujeto necesite de ninguna postura especial.

NUESTRO MÉTODO DE RELAJACIÓN DINÁMICA

El Método de Relajación Dinámica es un sistema de entrenamiento psicofísico, elaborado por nosotros, con base en procedimientos orientales, cuyo objetivo principal es la acción benéfica, directa y progresiva, sobre la conciencia.

BARRAQUER-BORDAS describe el tono muscular como un estado de tensión permanente de los músculos, de origen esencialmente reflejo, variable, cuya misión fundamental tiende al ajuste de las posturas locales y de la actividad general, dentro del cual es posible distinguir de forma semiológica diferentes propiedades.

Dentro de los conceptos actuales, en neurología se suelen distinguir dos modalidades: 1.º, el tono permanente y 2.º, el tono de actividad (AJURIAGUERRA y ANDRE-THOMAS). A su vez dentro del tono de actividad se diferencian tres variantes, a) tono de actitud, b) tono de orientación y c) tono de expresión.

El Método de Relajación Dinámica, a diferencia de otros Métodos Relajativos, actuaría preferentemente sobre el TONO DE ACTIVIDAD y su objetivo fundamental, consiste en ejercer una ocasión directa sobre la conciencia, procurando la favorable modificación de esta.

El "TONO MENTAL", el tono de la conciencia, está relacionado directamente con el "TONO FÍSICO" actuando sobre éste y, a su vez, el "Tono físico" recíprocamente actúa sobre el "Tono mental". El Método de Relajación Dinámica ejerce una acción favorable sobre el "Tono Mental" a través del "Tono físico" y viceversa.

Como es sabido, en el organismo existen cantidades ingentes de aparatos nerviosos periféricos que reciben el nombre de "receptores" y que se distribuyen en todos los órganos, captando los diferentes estímulos. Se suelen dividir estos "receptores" en tres categorías a saber: a) los interoceptores, que reciben los estímulos procedentes de los órganos internos y

de las cavidades corporales; b) Los propioceptores que reciben los estímulos originados en los músculos, los ligamentos, las articulaciones y el aparato vestibular y c) los exteroceptores, que reciben los estímulos del mundo exterior.

Mediante un sistema de conductores especiales, estos receptores se conectan con zonas de la sustancia gris, tanto de la subcorteza como de la corteza. Estos complejos funcionales reciben el nombre de "analizadores" que serían los encargados de recibir y diferenciar los diferentes tipos de sensaciones.

Las sensaciones son consideradas como los procesos psíquicos más elementales que se integran al campo de la conciencia. En el ser humano existen diferentes tipos de sensaciones primarias: a) sensaciones de los órganos de los sentidos: visuales, gustativos, de olor, auditivos y táctiles; b) dolorosas, c) de temperatura, d) interoceptivas y e) propioceptivas.

Ahora bien, dentro del tipo de sensaciones propioceptivas se encontrarían las SENSACIONES ESTÁTICAS y las SENSACIONES CINÉTICAS. Son estas últimas, las sensaciones cinéticas, las que maneja predominantemente el Método de Relajación Dinámica.

Los estímulos o "informaciones" recibidas por los aparatos periféricos del sistema nervioso, distribuidos en los órganos y sistemas, convertidos en sensaciones, llegarían a la conciencia, actuando sobre ella de forma muy variada.

Estos mecanismos, de tipo neurofisiológico se encuentran en la base de las concepciones de distintos autores, próximos a la escuela Pavloviana, que mantienen la tesis de que estos procesos son el origen de todas las formas de conciencia y de toda la actividad psíquica humana.

Nosotros no creemos que deba sobrevalorarse el papel de las estructuras neurofisiológicas. Nadie hoy niega su existencia, pero ello no autoriza a otorgar a un "sistema independiente" toda la responsabilidad de la existencia consciente del ser humano. Ya no se trata, afirma HENRI EY, de describir un sistema nervioso "sin persona", del que se hace desaparecer toda presencia del sujeto.

Dentro de una concepción demasiado mecanicista, no cabe el poder de elección ni la creatividad del ser humano. Los fenómenos nerviosos, escribe EY, "constituyen, por su selección y su plasticidad, una constante posibilidad de autoconstrucción y de adaptación".

Ya hemos visto la actitud mantenida siempre por SCHULTZ quien repetidas veces habla del carácter de TOTALIDAD VIVENCIAL, puesto en juego durante el proceso relajativo.

Ahora bien, hemos querido hacer estos breves comentarios de tipo neurofisiológico acerca de los mecanismos sensoperceptivos, pues aunque no

debemos sobrevalorarlos, tampoco deben menospreciarse. Como hemos visto, el ser humano participa en su TOTALIDAD, en su totalidad original y transcedente, en los procesos sofrónicos.

Que la conciencia puede ser influida mediante procedimientos psicológicos, es un hecho ampliamente demostrado en Sofrología; pero también puede ser influida, como se sabe, por métodos fisiológicos y químicos.

El objetivo fundamental de la Sofrología es la investigación de la conciencia humana, con la finalidad de estudiar sus modificaciones para su utilización en la terapia y en la profilaxis de diferentes modos de enfermar del hombre.

De esta afirmación se deduce la extraordinaria importancia que la Sofrología concede a todos los sistemas que producen dichas modificaciones.

La Relajación Dinámica es un método en que hemos querido conjugar diversos procedimientos fisiológicos y psicológicos, con la finalidad de ejercer una acción favorable sobre la conciencia.

Hemos procurado elaborar un sistema en el que se mezclan, unitariamente, elementos psíquicos y elementos físicos que influencian la conciencia de forma directa, mesurada y progresiva.

Durante nuestro contacto con los procedimientos Orientales, que podríamos llamar de "entrenamiento psico-físico", pudimos valorar la extraordinaria riqueza que encierran algunos métodos, allí practicados y experimentados a través de los siglos.

Durante la aproximación que realizamos al Zen en el Japón y posteriormente al Yoga en la India, pudimos comprobar directamente una serie de fenómenos que, a nuestro entender, encerraban elementos utilizables en la metódica sofrológica.

Como es sabido, la casi totalidad de los sistemas místicos y filosóficos de Oriente, conducen invariablemente al tema central de la conciencia. Desde hace miles de años han desarrollado procedimientos psicológicos y psicofísicos, cuyo objetivo primordial es la acción sobre la conciencia. Ante esta realidad, pensamos, la Sofrología que espera adquirir un día la categoría de "ciencia de la conciencia", no podía despreciar el gigantesco material de investigación que le brindan los sistemas Orientales.

El método de Relajación Dinámica, aspira a contribuir a la construcción de un puente "Sofrológico", de unión entre los métodos Occidentales y Orientales que actúan sobre la conciencia.

La Relajación Dinámica, a nuestro entender, se encuentra en un lugar intermedio entre los métodos relajativos occidentales, que tuvieron su punto de arranque en las concepciones de la antigua hipnosis, y algunos sistemas psicofísicos del Zen y el Yoga.

Siempre en la búsqueda de las técnicas, en su más puro origen, nos llamó

poderosamente la atención un sistema de ejercicios físicos practicados por algunos Yoguis en la India y que, según nuestros informes, eran poco o nada conocidos en Occidente. Esta serie de ejercicios físicos no pertenece ciertamente al Hatha Yoga; constituye, de acuerdo a nuestras observaciones, un método de preparación o de iniciación practicado por algunos Yoguis de la categoría RAJA.

Al parecer este sistema de ejercicios no había sido divulgado, posiblemente por razones esotéricas, hasta muy recientemente. Es de suponer su origen se remonta muchos siglos atrás y era conservado dentro del arsenal secreto, característico de algunos "sadus" y Yoguis que realizan las prácticas de Raja Yoga en los Himalayas indios.

Este sistema que podríamos llamar "Pre-Yóguico", no es considerado por los auténticos yoguis dentro de la categoría yóguica propiamente dicha. Ha empezado a divulgarse ahora en la India gracias a la iniciativa de un gran "Gurú" (Maestro) de nombre KARTIKEYA quien "autorizó" a sus discípulos para que así lo hicieran.

Hacemos esta aclaración de carácter anecdótico pues, como se sabe, los yoguis tanto hindúes como tibetanos suelen guardar celosamente, dentro de las más rígidas leyes del secreto, la mayoría de sus procedimientos.

Los discípulos del Gurú antes mencionado, difunden actualmente esta serie de ejercicios, que se practican con relativa frecuencia no sólo en los Himalayas sino en Delhi, Jaipur, Chandigarh y otros lugares.

Nosotros practicamos el procedimiento y pronto nos dimos cuenta de que aunque muchos de los movimientos encerraban un carácter ritual-mágico, existían otros de indudable valor psicofísico.

Ahora bien, observamos que los ejercicios eran practicados exclusivamente en el plano físico. Los procedimientos mentales, de meditación y concentración, son practicados en la India separadamente y se reservan a los Yoguis ya "iniciados". Estos ejercicios psicológicos, naturalmente, eran para nosotros de gran interés. Tuvimos oportunidad de conocer y practicar algunos de ellos con posterioridad al aprendizaje del sistema físico mencionado.

Ante la gran dificultad que encierra, por muchas razones, el "trasplante" del Yoga puro a la mentalidad occidental, tuvimos la idea de elaborar un sistema, seleccionando algunos de los ejercicios físicos mencionados, a los que agregamos uno de los métodos de "entrenamiento" psicológico, considerado de importancia fundamental en la práctica del Raja Yoga, desde que éste fue sistematizado por PATANJALI hace veintitrés siglos.

Consideramos que este sistema de acción sobre la conciencia, tan fuertemente arraigado en la tradición milenaria de la India, encerraba, sin duda, un valor psicológico importante. Cuando menos su práctica invariable, por

los más grandes exponentes del sistema del Yoga que guarda más interés para nuestro estudio, abalaba nuestro intento.

El Raja Yoga establece la diferencia gradual entre la CONCENTRACIÓN, la MEDITACIÓN y la CONTEMPLACIÓN. En su tratado "Los Yoga-Sutras" (Aforismos del Yoga) PATANJALI establece claramente la diferencia de estos tres conceptos. La concentración —dice— es la fijación de la mente en un objeto; la Meditación es la prosecución del "stado mental". en relación con este objeto; y la Contemplación se produce cuando el objeto subsiste solo ante la mente.

Estos dos elementos, los ejercicios físicos y el método psicológico antes comentado, constituyen los elementos de carácter oriental integrados en la primera parte del Método de Relajación Dinámica.

Nos dimos cuenta que la práctica de estos sistemas simultáneamente, se veía ampliamente favorecida si eran realizados en grupo dentro del estado sofrónico previamente inducido. Empleamos, pues, inicialmente, una técnica de sofronización de grupo, valiéndonos del TERPNOS LOGOS y utilizando como base los mismos ejercicios sugeridos.

Sistematizamos entonces el procedimiento y empezamos a practicarlo a título experimental. Desde un primer momento nos llamó la atención el especial relieve que adquieren las SENSACIONES internas vivenciadas durante el proceso dirigido. De forma notoria se apreciaba que la SENSACIÓN DE RECUPERACIÓN pasaba a primer plano y que los ejercicios en sí mismos pasaban a un segundo lugar. Este fenómeno se hizo tan remarcable, que desde el comienzo de la experimentación ha constituido uno de los puntos fundamentales del método.

El Método de Relajación Dinámica tuvo un proceso largo de gestación en la India. En 1966, ya elaborado, comenzamos a practicarlo. Desde entonces hasta ahora se ha venido aplicando con carácter experimental por sofrólogos de varios países.

Recibimos actualmente informes de los sofrólogos que lo experimentan después de haberse iniciado ellos mismos en su práctica. En Francia, por ejemplo, DONNARS y DENIAU, psiquiatras de París, lo utilizan actualmente no sólo en su práctica terapéutica sino en el amplio campo de la profilaxis, practicándolo por ejemplo en planteles educativos. Contribuyen también en Francia a la actual experimentación, entre otros, los sofrólogos CHERCHEVE y HUBERT también de París, GAY y FRITSCH de Nancy, CALAMARO y BOIX de Niza, LECUSAN de Toulouse, WAUQUIER y COPIN de Lille, etc., etc.. En Colombia, TRIANA y E. CAYCEDO lo vienen utilizando desde hace dos años en medios carcelarios con excelentes resultados. ABREZOL y DUMONT en Suiza emplean el método para la preparación psico-física del equipo suizo oficial de Ski, etc., etc.

Largo sería explicar aquí en forma detallada, las observaciones y trabajos que se han realizado y se vienen desarrollando dentro de la investigación del Método de Relajación Dinámica. Estos datos experimentales serán comunicados en un libro de próxima publicación.

En nuestra práctica personal, hemos podido comprobar buenos resultados, observados en los mismos sofrólogos que han hecho su entrenamiento con nosotros, así como en grupos integrados por personas que lo han aprendido para su utilización en el sentido de la profilaxis psico-física. Igualmente hemos apreciado la gran eficacia del procedimiento, dentro de la terapéutica psiquiátrica de algunos tipos de neurosis y cuadros depresivos en los que, claro está, el método se combina con la terapéutica farmacológica clásica.

Las respuestas alentadoras logradas frente a determinados desórdenes sexuales son también dignos de mención. Los resultados, en algunas oportunidades, han sido sorprendentes. Claro está que todavía es pronto para establecer las indicaciones y contraindicaciones. Tampoco, por razones de espacio, es éste el lugar para comentar una serie de fenómenos que juzgamos de interés para futuras concepciones sofrológicas y que se han puesto de manifiesto durante la práctica del método. Dichos fenómenos serán comentados en la publicación mencionada.

El Método de Relajación Dinámica no se contrapone con ningún otro método de Relajación. Por el contrario, son muchos los pacientes dentro de nuestra casuística quienes encontraban dificultades para su entrenamiento por el método de SCHULTZ y que, después de practicar la Relajación Dinámica, han logrado aprenderlo.

El Método se diferencia de los demás métodos de Relajación por su carácter esencialmente Dinámico, tanto en el plano mental como en el físico. Las dos vertientes del proceso, tienen un mismo objetivo: la acción sobre la conciencia.

Partiendo del principio aceptado generalmente de que "cualquier alteración de la conciencia repercute automáticamente en todos los elementos del psiquismo", parece lógico suponer el postulado inverso: cualquier acción beneficiosa e integradora que se ejerza sobre la conciencia, repercute favorablemente en todos los elementos del psiquismo.

Dentro de la fisiología neurológica, cabe suponer una acción directa, activadora, sobre la conciencia no sólo a través de los propioceptores (estímulos musculares) sino a través de los interoceptores (estímulos provenientes de los órganos internos). La SENSACIÓN DE RECUPERACIÓN, que se vivencia durante la "Relajación Recuperativa", tendría una base neurofisiológica importante. Inicialmente (durante el ejercicio) los estímulos provenientes de los receptores propioceptivos e interoceptivos, actuarían enérgicamente sobre las bases neurofisiológicas de la conciencia, produciéndose

inmediatamente después, una "recuperación tónica" de las mismas áreas. Esta situación se vería altamente favorecida por el estado "profundo", el estado "no alerta" de la conciencia, logrado por la técnica sofrológica vicariante.

La "sensación de Recuperación" es vivida de una manera especial y variable por los distintos integrantes del grupo. No obstante es importante anotar que dicha experiencia permite, en la gran mayoría de los casos, que el esquema corporal adquiera especial relieve "por sí solo", es decir, sin intervención de la voluntad. El sujeto asiste pasívamente a su propia sensación recuperativa, con frecuencia localizada en los órganos o músculos que han sido activados.

Es muy posible que el sistema "pre-Yóguico" del que hemos seleccionado los ejercicios físicos, se encuentre en la base histórica de sistemas chinos como el "Tai Chi Chuan" y el "Kong-Fou" y de algunos aspectos físicos del Zen japonés. Ello no tendría nada de extraño dado el parentesco directo de estos procedimientos con el Yoga indio.

Vamos a intentar describir, resumidamente, el protocolo de los ejercicios psicofísicos que constituyen el PRIMER GRADO de la Relajación Dinámica.

Como sucede con todos los métodos de tipo oriental, es difícil su descripción sin la ayuda de fotografías (que se incluirán en el libro de próxima publicación). No obstante, pensamos que la explicación puede dar idea del procedimiento en general.

METODO DE RELAJACION DINAMICA
ESQUEMA DE LOS PROTOCOLOS

PRIMER GRADO

TIEMPO DE ENTRENAMIENTO

Es aconsejable realizar el aprendizaje del Método en grupo, durante un período inicial de un mes, bajo la dirección de un sofrólogo. Los ejercicios pueden practicarse diariamente o en días alternos, siendo la duración aproximada de una hora por sesión.

Después del primer mes de entrenamiento sigue un PERÍODO LIBRE de duración variable, durante el cual cada persona selecciona sus propios ejercicios, tanto psíquicos como físicos, siendo controlado individualmente por el sofrólogo una vez por semana.

En el caso de que el Método se emplee terapéuticamente, simultáneamente con otros procedimientos terapéuticos, el control individual puede realizarse de acuerdo a la indicación del médico.

El PERÍODO DE INICIACIÓN EN GRUPO y el PERÍODO LIBRE constituyen el primer Grado de la Relajación Dinámica.

Conviene tener presente que el Método de Relajación Dinámica debe realizarse bajo la vigilancia de un sofrólogo experimentado. El Médico puede asesorarse, para el control de los grupos, de auxiliares expertos en el procedimiento que puedan dirigir los ejercicios bajo su dirección. De cualquier forma, incluso en los casos no terapéuticos, las personas que practiquen el Método de Relajación Dinámica deberán ser examinadas previamente por el médico, en el caso de que el Sofrólogo que dirija el entrenamiento no lo fuese.

PERÍODO DE INICIACIÓN EN GRUPO

Este período se compone de cuatro semanas de duración y se divide en dos partes. Cada una comprende dos semanas.

PRIMERA PARTE (PRIMERA Y SEGUNDA SEMANAS)

I) TIEMPO PREPARATORIO

a) Durante estas dos primeras semanas se realizan los ejercicios después del "Neti-Kriya" que, en el caso de no haber contraindicaciones, se practicará diariamente.

El Neti-Kriya consiste en la ablución de las fosas nasales y de los senos paranasales, mediante el empleo de agua salada a nivel de suero fisiológico y a temperatura corporal.

El Neti-Kriya debe terminarse realizando ejercicios respiratorios bruscos con la cabeza inclinada, teniendo el cuerpo ligeramente flexionado y haciendo girar la cabeza mientras se inspira el aire por la boca y se expulsa fuertemente por la nariz.

b) Después del Neti-Kriya se realizan ejercicios respiratorios rítmicos, breves, acompañados de contracciones de los músculos abdominales estando la persona de pie. Inicialmente estos ejercicios se hacen con la cabeza en posición horizontal, luego con la cabeza levantada y finalmente inclinada. Estos ejercicios preparatorios tienen por objeto ejercer una acción de "calentamiento" o activación física general que prepara al sujeto para los ejercicios siguientes.

c) Relajación de pie, consecutiva a los ejercicios anteriores. A medida que el cuerpo se afloja se realiza el ejercicio llamado "Tratac" por los

hindúes: se fija un punto imaginario sobre la cabeza produciéndose una convergencia central de los ojos, como intentando mirar en el entrecejo. Pocos momentos después los ojos se cierran y comienza el:

d) Primer Ejercicio Mental. Con la ayuda del Terpnos Logos del sofrólogo, se ensayará la producción de un "descenso de nivel de la conciencia" (obnubilación mental), sin meditar en ningún objeto determinado. Se procurará mantener una cierta obnubilación de conciencia, "a nivel profundo", "al borde del sueño", durante los ejercicios que se desarrollarán las dos primeras semanas. Solamente a partir de la tercera semana se iniciarán los ejercicios *psicológicos* de CONCENTRACIÓN, MEDITACIÓN y CONTEMPLACIÓN.

Los ejercicios se desarrollarán con cierta lentitud, al "ralenti", y el Terpnos Logos del director del grupo dirigirá éstos, insistiendo siempre en la producción de un nivel de conciencia "al borde del sueño". Favorecerá asimismo la "desconección" mental del sujeto con el mundo exterior, permitiéndole el contacto con su mundo interior a través de la "SENSACIÓN DE RECUPERACIÓN.

II. EJERCICIOS PROPIAMENTE DICHOS

a) *Ejercicio respiratorio n.º 1.*

Para una mayor facilidad de aprendizaje del Método, hemos numerado los 4 ejercicios respiratorios fundamentales de la primera parte, aunque, como podrá verse, la respiración juega un papel importante a lo largo de todo el proceso.

Procurando no abandonar el especial estado psicofísico obtenido, se procede de la siguiente manera: se "tapa" la nariz con los dedos pulgares. Se inspira por la boca, se inclina la cabeza produciendo una ligera presión con el aire interior y luego se expulsa fuertemente el aire por las fosas nasales. Este ejercicio se realiza tres veces seguidas.— En el caso de que se produzca salida de agua por alguna de las fosas nasales, pues a menudo quedan restos del Neti-Kriya, es conveniente permanecer en la misma posición hasta que el líquido termine de salir.

b) *Relajación recuperativa de pies*

Después del ejercicio mencionado, con los ojos cerrados y los brazos flojos, se intenta mantener el estado de obnubilación de conciencia, "al borde del sueño", y se aprende a "disfrutar" de la SENSACIÓN DE RECUPERACIÓN. El sujeto asiste pasivamente a la producción del fenómeno de recuperativo.

c) *Ejercicio respiratorio n.º* 2

Sin tensionar los músculos y procurando mantener el mismo nivel de

conciencia, se procede de la forma siguiente: se tapan los oídos con los pulgares; con los índices colocados sobre los párpados se oprimen suavemente los ojos cerrados y con los medios se obtura la nariz. Con la cabeza horizontal se inspira por la boca y a continuación, flexionando la cabeza y el cuerpo, se retiene el aire, produciendo una cierta presión interna durante algunos segundos; después se expulsa el aire bruscamente por la nariz separando las manos de la cabeza. Se repite tres veces el mismo ejercicio.

d) *Relajación recuperativa de pies*

Como la misma que hemos descrito en el apartado "b". No conviene comenzar ningún ejercicio antes de haberse RECUPERADO completamente del anterior.

A medida que los ejercicios avanzan, se va produciendo la "CONCIENCIA DEL RELIEVE CORPORAL" que aumenta progresivamente. Continúa el "contacto con el interior", de una forma pasiva aumentando lentamente "la profundidad de nivel de la conciencia"; para lo cual el TERPNOS LOGOS del Sofrólogo es una excelente guía.

e) *Ejercicios del cuello*

Sin abandonar el estado psicofísico obtenido, se procede a los ejercicios del cuello en cuatro tiempos: 1.º mover lenta y suavemente la cabeza a derecha e izquierda; 2.º mover lentamente la cabeza hacia arriba y abajo. 3.º producir movimientos lentos de rotación con la cabeza y 4.º se tensionan los músculos del cuello mediante la contracción suave de las mandíbulas y la tensión hacia abajo de los músculos orbiculares de los labios.

f) *Ejercicio respiratorio n.º 3*

Sin utilizar las manos, se inspira por la boca, se retiene el aire inclinando la cabeza; con los ojos cerrados y el cuerpo flojo, durante algunos segundos se hacen movimientos de los hombros hacia arriba y hacia abajo. Se expulsa el aire fuertemente por la nariz. Se repite el ejercicio tres veces.

g) *Relajación recuperativa de pies*

Como la misma que hemos descrito en el apartado "b". Continúa la obnubilación de la conciencia y aumenta la SENSACIÓN DE RECUPERACIÓN.

h) *Ejercicios de los brazos*

1.º Procurando como siempre, mantener el mismo estado psicofísico, se extienden los brazos simultáneamente, hacia el frente, repetidas veces, expulsando al mismo tiempo el aire por la nariz.

2.º Se levanta el brazo derecho hacia una vertical sobre la cabeza; lenta y suavemente. Luego el izquierdo y por último, los dos al tiempo. Respiración libre.

i) *Relajación recuperativa de pies*
Como la misma que hemos descrito en el apartado "b".

j) *Ejercicios de antebrazos*
Después de haberse recuperado plenamente, procurando mantener siempre la misma situación de conciencia, se flexionan los antebrazos primero con las manos extendidas, palmas hacia arriba, y luego con los puños cerrados. Respiración algo brusca y libre.

k) *Relajación recuperativa de pies*
Como la misma que hemos descrito en el apartado "b".

l) *Ejercicio respiratorio n.º 4*
Se desarrolla en tres tiempos: 1.º se tiende el brazo derecho hacia adelante, lenta y suavemente se inspira por la nariz cerrando el puño. Reteniendo el aire se efectúan algunas rotaciones del brazo. Se expulsa el aire fuertemente por la nariz y el brazo se detiene simultáneamente en la postura inicial. Manteniendo el brazo extendido se intenta una Relajación física y mental dentro de la misma tensión postural. (Este ejercicio recuerda en su base algunos procedimientos físicos del Zen). 2.º Se repite el mismo ejercicio con el brazo izquierdo. 3.º Con los dos brazos. Este último tiempo se repite dos veces procurando que la activación psicofísica sea intensa, la primera para la "relajación Zen" y la segunda como situación previa a la relajación en decúbito dorsal que se efectúa a continuación.

m) *Relajación recuperativa en decúbito dorsal*
Con esta relajación en decúbito dorsal, se termina la primera serie de ejercicios que se practican y aprenden en las dos primeras semanas.

El sujeto se tumba sobre el suelo en decúbito dorsal, dejando postura libre a las extremidades. Se procurará que el suelo no esté frío y se usará simplemente, para tumbarse, una toalla o alfombra no muy gruesa. El sujeto se abandonará profundamente a su propia SENSACIÓN DE RECUPERACIÓN. La duración de la Relajación en decúbito dorsal debe durar lo suficiente para que se obtenga la recuperación total. El Terpnos Logos del director del grupo, se dirigirá en el sentido de profundizar la situación de conciencia y de producir una mayor obnubilación. Durante las dos primeras semanas del entrenamiento, no se hará ninguna indicación acerca de la concentración mental, dejando al sujeto completamente libre para que aprenda a "conocer y manejar sus niveles de conciencia".

Al terminar este ejercicio de Relajación se hará RECOBRAR el estado psicofísico ordinario a los integrantes del grupo; para lo cual se comenzará pidiéndoles que muevan los dedos de los pies, de las manos, los bra-

zos etc. Conviene efectuar indicaciones en el sentido de que los sujetos DESEEN recobrar su estado de conciencia ordinaria; este detalle es importante pues, para la conciencia, esto es similar a la recuperación del teno muscular que se realiza en el plano físico. El director del grupo dirigirá el procedimiento, de la misma manera como si se tratara de una sesión sofrónica de grupo al estilo occidental.

SEGUNDA PARTE: TERCERA Y CUARTA SEMANAS

En esta segunda parte, el Neti-Kriya se realizará solamente dos veces por semana.

Al comenzar la tercera semana, durante la Relajación en decúbito dorsal, y al finalizar la RELAJACIÓN RECUPERATIVA, el sofrólogo director de grupo iniciará la parte de ejercitación mental, de acuerdo a las directrices orientales acerca de la CONCENTRACIÓN y la MEDITACIÓN, dejando la experiencia de la CONTEMPLACIÓN para la última relajación en decúbito.

El sofrólogo procederá indicando mediante el TERPNOS LOGOS, la concentrración de la mente sobre un objeto, preferentemente "un objeto natural" (agua, nubes, árboles, rocas, etc.); sin embargo, como suele suceder con relativa frecuencia, en algunos casos los objetos escogidos para la concentración mental no están en relación con la naturaleza. En este caso el sofrólogo optará por una actitud neutra, procurando favorecer la concentración sobre el objeto escogido libremente.

La concentración durará unos pocos minutos e inmediatamente se procederá a dar indicaciones para que los integrantes RECOBREN el estado psícofísico ordinario, como las semanas anteriores.

La persona, de pies, continuará los ejercicios de esta segunda etapa procurando mantener el mismo estado de obnubilación mental de la primera parte, pero además de practicar los ejercicios siguientes, procurará durante la dinámica del proceso, MEDITAR sobre el objeto sobre el cual se concentró durante la *relajación en decúbito.*

EJERCICIOS DE LA SEGUNDA PARTE: TERCERA Y CUARTA SEMANAS

a) *Ejercicios de las muñecas*

1.º De pies, los brazos extendidos hacia adelante, los dedos de las manos "en garra", se flexionan lentamente los brazos, mientras se retiene la respiración, hasta aproximar las manos a los hombros; luego se expulsa el aire suavemente y los brazos descienden en arco, lentamente.

2.º Se realiza el mismo ejercicio pero esta vez con las manos extendidas. Antes de expulsar el aire las manos se flexionan repetidas veces "en abanico".

3.º Ejercicio igual al anterior pero esta vez con los puños cerrados.

b) *Relajación recuperativa de pies*

Como la misma que hemos descrito en la primera parte, apartado "b", de la primera parte.

c) *Ejercicios abdominales*

1.º Inspirando el aire suavemente por la nariz, se abomban las paredes abdominales lentamente. Se expulsa el aire lentamente, también por la nariz, mientras simultáneamente las paredes abdominales son lentamente contraídas como si intentasen tocar la columna vertebral. Se repite el ejercicio tres veces.

2.º Se repite el mismo ejercicio anterior, pero aumentando progresivamente la velocidad de la respiración, moviendo sincrónicamente las paredes abdominales. Se realiza. con el cuerpo ligeramente inclinado hacia adelante y luego hacia atrás. Es importante tener presente que este ejercicio debe ser detenido cuando aparezca la menor sensación de incomodidad en las áreas renales.

d) *Relajación recuperativa de pies*

Como la misma que hemos descrito en el apartado "b".

e) *Ejercicio "Nauli"*

Con las piernas abiertas, el cuerpo inclinado hacia adelante, se apoyan las manos sobre los muslos. Se efectúa la respiración abdominal ya descrita y en el momento en que las paredes abdominales se encuentran profundamente contraídas, habiéndose terminado la expulsión del aire, se intenta mover las paredes abdominales. Este ejercicio se repite tres veces.

f) *Relajación recuperativa de pies*

Como la misma que hemos descrito en el apartado "b".

g) *Ejercicios de torsión*

1.º Con los brazos levantados en vertical y la palma de las manos hacia arriba, se entrecruzan los dedos y se produce un lento balanceo del cuerpo a derecha e izquierda. La respiración es libre, el estado de conciencia profundo y la voz del sofrólogo dirige los ejercicios indicando de vez en cuando la conveniencia de recordar el objeto de la concentración (MEDITACIÓN).

2.º Se imprime una rotación axial de la mitad superior del cuerpo con los brazos extendidos hacia el frente y las articulaciones flojas. La persona gira "como si" quisiera mirar un objeto que se encontrase detrás de ella.

h) *Ejercicio de las piernas*

Saltar sobre la punta de los pies con cuerpo de "polichinela". La respiración libre, el nivel de conciencia "al borde del sueño". Detenerse ante la aparición de la menor sensación de fatiga.

i) *Gran relajación en decúbito*

1.º Relajación dorsal libre similar a la descrita en el apartado "m" de la primera parte. Se procede de nuevo a la CONCENTRACIÓN y a la MEDITACIÓN. La CONTEMPLACIÓN es un fenómeno psicológico que debe presentarse por sí solo. Recordemos que el concepto clásico hindú define la CONTEMPLACIÓN como permanencia por sí solo del objeto de la MEDITACIÓN. Este proceso se desarrolla independientemente, sin esfuerzo de voluntad y se considera propio de un grado superior. En caso de que se produzca, suele ser "activado" por el Sofrólogo.

2.º Relajación en decúbito lateral derecho.— Las piernas ligeramente flexionadas; el antebrazo derecho flexionado sostiene la cabeza y el brazo izquierdo reposa a lo largo del cuerpo.

3.º Relajación en decúbito lateral izquierdo. Las piernas ligeramente flexionadas; el antebrazo izquierdo flexionado sostiene la cabeza y el brazo derecho reposa a lo largo del cuerpo.

4.º Decúbito dorsal nuevamente. Se RECOBRA lenta y progresivamente el estado psicofísico ordinario.

j) FIN DEL PERÍODO DE INICIACIÓN EN GRUPO Y COMIENZO DEL PERÍODO LIBRE.

NOTAS:

1. Los ejercicios de Relajación Dinámica deben practicarse bien en ayunas o bien sin haber comido por lo menos dos horas antes.

2. Siguiendo la costumbre oriental, no es aconsejable el baño inmediatamente después de practicarse la Relajación Dinámica pudiendo hacerse, en cualquier caso, antes de los ejercicios.

3. En esta descripción resumida, hemos omitido los nombres sánscritos de los ejercicios, los cuales serán comentados con fotografías originales en el trabajo de próxima publicación en que se estudia la psicodinamia y la fisicodinamia del procedimiento.

4. El Método de Relajación Dinámica consta de TRES GRADOS, todos con un *período libre* posterior. En el SEGUNDO GRADO se entrena la *Relajación Recuperativa* estando la persona en postura sentada. Los diferentes GRADOS pueden repetirse. de acuerdo a las necesidades de cada caso.

5. Durante el PERIODO LIBRE, que precede al SEGUNDO GRADO, la persona escoge libremente los ejercicios mentales y físicos que sean de su agrado, adaptando el método a sus condiciones individuales.

La Relajación de Schultz durante el estado Sofrónico

A. CAYCEDO

Basándonos en las distintas observaciones efectuadas por diferentes autores, y compartiendo la opinión general de que el entrenamiento autógeno de Schultz y los procesos llamados hipnóticos tienen un común denominador, lo que ampliamente mantiene el autor del método y en lo que, después de nuestra práctica al respecto, estamos totalmente de acuerdo, hemos intentado la elaboración de una técnica que hermane dichos procedimientos.

Nuestra primera intención nació a partir de una observación clínica: me encontraba en mi consultorio entrenando la autorrelajación concentrativa de Schultz en uno de mis pacientes, diagnosticado de neurosis de conversación, cuando, para sorpresa mía, pude comprobar que el enfermo quien, en aquella oportunidad debería entrenar el tercer protocolo, presentó espontáneamente un cuadro sofrónico profundo.

Esta situación, bastante corriente en las técnicas psicoterapéuticas comunes, en las que el paciente debe permanecer por algún tiempo tumbado cómodamente sobre el diván, ha sido subrayado en un recientísimo trabajo aún inédito, por el psicoanalista autríaco Dr. SCHILER quien, a petición nuestra, ha destacado el hecho observado tantas veces por él en su consultorio de Viena: "Son muchos los pacientes —dice— que al terminar su hora de psicoanálisis, experimentan una situación de conciencia, similar al estado crepuscular". Advierte SCHILER que en algún caso se ha visto en la necesidad de actuar con cierta violencia sobre alguno de sus pacientes, pues su estado profundo "era similar al estado hipnótico".

En tal sentido nosotros elaboramos un procedimiento tendente a

"empotrar los protocolos de SCHULTZ dentro del estado sofrónico propiamente dicho.

Son pocos los casos todavía para elaborar algunas conclusiones definitivas y en este apartado nos limitaremos a formular la técnica, que hemos aplicado en 33 casos, pudiendo dividirlos en 3 grupos. El primero estaba integrado por 9 sujetos sanos, algunos médicos y un psicólogo clínico, con indudable buena voluntad y con grandes aptitudes para experimentar buenos estados sofrónicos. El segundo grupo estaba compuesto por 10 pacientes, con diferentes diagnósticos, ninguno de carácter psicótico, y en los que hemos empleado esta técnica en nuestro servicio del Hospital Provincial durante el año 1960. El tercer grupo estaba formado por 14 pacientes (ninguno psicótico) de la consulta privada.

En el primer grupo se obtuvo, salvo una excepción, la posibilidad de practicar, si ningún inconveniente, el entrenamiento autógeno de Schultz durante cuatro semanas, abreviando de tal suerte el procedimiento. En el segundo y tercer grupo los resultados fueron dispares poniéndose de manifiesto cómo la técnica de aprendizaje del método no apareja necesariamente la curación o mejoría de un estado psicológico anormal. En el segundo grupo también apreciamos el hecho, por otra parte sustentado por SCHULTZ, de que la técnica de entrenamiento autógeno estaría reservada para sujetos de cierto grado de madurez psíquica y con manifesta "normalidad psicológica" y no para sujetos que presentan cierta inmadurez, o su estado psíquico se encuentra altamente alterado. Ello lo observamos en seis casos de los diez que tratamos en el Hospital Provincial. Paradójicamente en dos de estos seis casos, aun sin haberse logrado el aprendizaje del método, encontramos una remisión de la sintomatología, en estos casos "monosintomática", que presentaban.

Se trataba de una amaurosis histérica, en una mujer de 36 años, con bastante tiempo de evolución, y que tratamos en el Hospital Provincial después que el diagnóstico fue establecido por el profesor LÓPEZ IBOR. La paciente recuperó la vista a partir de la primera sesión Sofrónica y no obstante, no aprendió el entrenamiento autógeno, a pesar de haber seguido en ella nuestra sistemática dentro del estado Sofrónico. La enfermedad curó definitivamente de su síntoma aunque otros síntomas, también de carácter histérico, aparecieron más tarde.

El segundo caso al que nos hemos referido es el de un enfermo de 16 años, también visto en el Hospital, quien presentaba estados convulsivos confusos, diagnosticado de Epilepsia. Después de haberle tratado por Sofroterapia, el paciente experimentó una remisión total de los ataques, si bien persistían algunos síntomas. Intentamos también en este caso el aprendi-

zaje del método de SCHULTZ dentro del estado Sofrónico sin obtener buenos resultados.

Se pudo comprobar, en los dos casos mencionados, la existencia de una evidente inmadurez mental.

Los otros 4 casos de los 6 resultados negativos, que hemos mencionado, presentaban alteraciones neuróticas profundas sumadas también a un marcado grado de inmadurez psíquica.

Estas primeras observaciones parecen poner de manifesto el hecho de que el buen éxito del sistema está relacionado directamente con el grado de madurez psíquica y no con el proceso mismo patológico que atraviesa el paciente.

TÉCNICA

Una vez obtenido el estado sofrónico en el sujeto utilizando cualquier tipo de técnica (*) y encontrándose éste en condiciones suficientes para experimentar las sugerencias del terapeuta, procedemos de la siguiente forma:

PRIMER EJERCICIO

El terapeuta procede con voz monótona, a sugerir sensación de reposo y tranquilidad. En este momento todas las sugerencias estarán relacionadas con el primer protocolo de Schultz. Una vez comprobada la existencia del estado sofrónico, el médico procede a sugerir sensación de peso y relajación profunda en el brazo derecho del paciente (izquierdo si se trata de un zurdo), fenómeno positivo en un ciento por ciento de los casos. La sensación de peso localizada en dicha extremidad es vivenciada tan intensamente por los sujetos sofronizados, que realizar cualquier movimiento con ese brazo es "TOTALMENTE IMPOSIBLED. Al cabo de un cierto tiempo y procurando que el sujeto compruebe personalmente la realidad del fenómeno, el terapeuta, mediante sugerencias repetidas, dirigirá verbalmente el fenómeno llamado por SCHULTZ de GENERALIZACIÓN, de la siguiente manera: "Ahora usted se encuentra completamente tranquilo y observa cómo curiosamente, su brazo derecho está pesado..., tan pesado, que le costaría mucho trabajo intentar moverlo... Observe, dese cuenta, cada palabra mía y cada vez que respira usted siente su brazo más pesado... intente levantarlo y observe cómo no lo logra... pruebe, intente... (el paciente suele acusar cierta sensación de esfuerzo sin lograr mover el brazo, lo que nos demuestra que está ciertamente en Estado Sofrónico). Ahora usted sentirá que esta misma sensación se pasa al brazo izquierdo y a las piernas... observe cómo cada vez siente

(*) La «técnica» privia, que utilizábamos para la inducción, fue suprimida posteriormente como ya hemos comentado.

sus brazos y sus piernas más pesados... ahora ya no puede levantar ninguno de sus miembros... intente, pruebe, dese cuenta como no lo logra..."

Mediante estas sugerencias u otras similares, el terapeuta habrá producido el primer ejercicio de Schultz en estado sofrónico.

A continuación se procederá a dar nuevas indicaciones al sujeto para que al llegar la noche y durante el día siguiente, repita este mismo ejercicio encontrándose en estado de vigilia. Se procurará insistir repetidas veces al sujeto en que "esta noche usted se tumbará, se pondrá cómodo y empezará a practicar este ejercicio sin ninguna incomodidad... bastará que usted se coloque en la misma posición que se encuentra ahora (decúbito supino) para que usted sienta la necesidad de hacer este ejercicio... usted pensará: «mi brazo derecho está pesado» y sentirá la misma sensación de peso que experimenta ahora... bastará que usted empiece a sentir el peso en su brazo derecho para que, para sorpresa suya, empiece también a sentir la misma sensación de peso en el otro brazo y las piernas... usted permanecerá en esta situación durante algunos instantes, no más de un minuto y entonces regresará de la misma manera como le voy a enseñar a continuación..."

En este momento enseñamos la técnica de regresar, al paciente, de manera idéntica al protocolo de SCHULTZ. Procedemos de la siguiente forma: "Ahora usted sentirá que poco a poco la sensación de peso empieza a desaparecer... usted siente deseos de desperezarse... empieza a recuperar toda su energía... sus músculos empiezan a llenarse de fuerza... ya no siente peso... usted se va recuperando poco a poco... cuando yo cuente tres, usted sentirá un gran deseo de flexionar los brazos como cuando se despereza por las mañanas, de estirar las piernas, de respirar profundamente y de abrir los ojos... cuento uno, sus músculos se están llenando de fuerza, de vigor... cuento dos, usted siente que se está recuperando, *como si* hubiese dormido; se encontrará muy despejado, con una gran sensación de tranquilidad interior... se encuentra muy a gusto... no abra los ojos, únicamente flexione los brazos, respire hondo y por último abra los ojos... cuento tres, flexiónese... muy bien, respire hondo, abra los ojos".

De esta suerte, o utilizando sugerencias similares a las descritas, hemos producido en el sujeto sofronizado la vivencia del primer ejercicio de Schultz; le hemos enseñado a "regresar", y mediante sugerencias postsofrónicas le estamos condicionando una gran facilidad para su entrenamiento.

En esta técnica, pasamos al segundo ejercicio en el caso de que el sujeto nos comunique buenos resultados, durante su práctica, en la noche misma de la primera sesión, y por dos veces consecutivas en el día siguiente. Es decir, nosotros acostumbramos a indicar al paciente que haga sus ejercicios dos veces al día, durante el tiempo de un minuto cada vez, una por la mañana antes de levantarse y otra por la noche antes de dormir. Le enseñamos

a efectuar los ejercicios en la postura clásica de Schultz, en decúbito supino.

SEGUNDO EJERCICIO

Dejamos transcurrir un día entre la ejercitación de un protocolo de Schultz y el siguiente. Así pues, citamos al paciente al tercer día de iniciar nuestro tratamiento. Si nos manifiesta que experimentó el fenómeno de pesadez generalizada en sus miembros, las veces que le indicamos, lo que suele acontecer en la inmensa mayoría de los sujetos normales y que hayan experimentado un buen estado sofrónico, pasamos al segundo ejercicio de SCHULTZ de la seguiente manera:

Procedemos a sofronizar al sujeto de la manera habitual repitiendo el primer ejercicio de Schultz de la forma antes mencionada; procedemos entonces a sugerir el segundo protocolo: "Ahora usted siente mayor sensación de peso en sus brazos y en sus piernas... compruebe cómo le costaría trabajo intentar moverlos... dese cuenta cómo pesan... usted se encuentra tranquilo, perfectamente a gusto, *como si* durmiera profundamente... ahora su brazo derecho empieza a sentir una agradable sensación de calor... usted piensa: «mi brazo derecho está caliente»... usted empieza a sentir como suaves oleadas de calor que bajan desde el codo hacia la mano... una agradable sensación de hormigueos en el pulpejo de los dedos de la mano derecha... observe, dese cuenta, que el brazo derecho se pone agradablemente tibio, relajado, flojo, agradablemente tibio... ahora usted siente que va a poder mover los dedos de su mano izquierda... inténtelo, ahora si puede, hágalo (comprobamos que sí puede mover los dedos de la mano izquierda o derecha, pues los necesitamos como indicación en las futuras sensaciones logradas durante el método)... cuando empiece a sentir la sensación de calor en su brazo derecho mueva ligeramente el índice de su mano izquierda para que yo lo sepa... muy bien, ahora siente más calor... etcétera".

Una vez encontrada la comprobación de que el fenómeno del calor en el brazo derecho se ha producido, lo que apreciamos mediante el movimiento del índice de la mano izquierda, procedemos de igual manera que en el primer ejercicio, activando la GENERALIZACIÓN: "Ahora usted siente que esta sensación de calor invade el brazo izquierdo y las piernas... observe cómo, aunque usted no piense más que en el brazo derecho, empieza a sentir calor, agradable sensación de calor, en las extremidades... sus piernas están flojas, profundamente pesadas y usted empieza a sentir calor en ellas... cuando aprecie esta sensación mueva su mano izquierda para que yo me entere... muy bien, ahora se encuentra tranquilo, a gusto... abandónese a la sensación de calor, etc."

En estas condiciones una vez que el sujeto ha vivenciado plenamente el segundo protocolo de Schultz, le indicamos que regrese a su postura habitual de la siguiente manera: "Ahora cuando yo cuente tres usted va a sentir deseos de flexionar sus brazos, de respirar hondo y de abrir los ojos... lo hará de la misma manera como acostumbra a hacerlo en su casa..., etc." Insistimos en que el sujeto aprenda a regresar según los postulados de Schultz, cosa que nos será de gran utilidad durante todo el curso de nuestro entrenamiento.

Tercer ejercicio

Procederemos idénticamente que en los ejercicios anteriores. Es decir, veremos al paciente al tercer día, después del segundo ejercicio, y después de comprobar que ha efectuado tanto la relajación como el entrenamiento de calor, repetiremos nuestra sistemática en el sentido de sumir al sujeto en estado sofrónico, para reproducir el primer y segundo ejercicio, mediante sugerencias similares a las ya vistas, y a continuación sin que medie ningún ejercicio de "regresar al estado vigil", indicaremos el tercer ejercicio, de la siguiente manera: "A partir de este momento usted se familiarizará poco a poco con la sensación cardíaca... Empezará a sentir poco a poco sus palpitaciones y esto no le será incómodo... por el contrario, usted va a sentirse muy a gusto... usted piense «mi corazón late tranquilo y fuerte...», abandónese a esta sensación... en el momento en que empiece a sentir sus palpitaciones mueva su mano izquierda para que yo lo sepa... muy bien... únicamente piense en que su corazón late tranquilo y fuerte... no intente lentificar sus pulsaciones... «mi corazón late tranquilo y fuerte...»"

Terminaremos el entrenamiento de este ejercicio de la misma suerte que los anteriores y citaremos al paciente dos días después. Con este ejercicio habremos terminado la primera semana del entrenamiento autógeno de Schultz, ejercitado dentro del estado sofrónico.

Cuarto ejercicio

De igual manera que todos los ejercicios anteriores, se procederá a sofronizar al paciente quien, dicho sea de paso, cada vez presentará más facilidad para experimentar los fenómenos. A renglón seguido sugerimos, y hago hincapié en el hecho de no regresar al sujeto entre un ejercicio y otro, sino después de haberle sugerido y comprobado los tres primeros; sin interrupción ninguna pasaremos a ejercitar el cuarto protocolo: "Observo que usted colabora perfectamente y que, en lo sucesivo, cada vez le costará menos trabajo abandonarse a la relajación... empieza a adquirir un control de voluntad y un dominio sobre su vida muscular que antes no tenía... esto

le será muy beneficioso... cada ejercicio le predispone mejor para el siguiente... ahora usted va a experimentar el cuarto ejercicio... abandónese a la sensación de respirar muy suavemente... muy tranquilamente... usted piense: «algo respira en mí...» usted siente su cuerpo perfectamente relajado, sus músculos pesados, agradablemente tibios, su corazón late tranquilo y fuerte, y ahora piensa «algo respira en mí...» observe cómo, curiosamente, cada vez que respira usted se siente relajado más profundamente... a partir de ahora usted hará en su casa dos ejercicios diarios, uno por la mañana y otro por la noche, de la misma manera como se lo vengo indicando aquí... exactamente igual... cada nuevo ejercicio que yo le entrene implicará el que usted aumente aproximadamente un minuto en su ejercitación diaria... es decir, ahora llevamos cuatro minutos... prepárese para regresar, flexionando sus brazos fuertemente como para desperezarse, respirando profundamente y, por último, abriendo los ojos... hágalo en este mismo orden... observe cómo, cuando usted empieza a flexionar los brazos, se siente como recuperando toda su energía interior y sus músculos se encuentran más fuertes... sin ninguna sensación de cansancio... ya no existe calor... sus palpitaciones ya no son perceptibles como en el entrenamiento... usted se encontrará muy alegre y recuperado... esto lo hará igualmente en su casa, esta noche y mañana por dos veces lo mismo que otros días..., etc."

Quinto ejercicio

Dos días después, es decir, en la segunda sesión de la segunda semana, después de proceder de idéntica suerte que en los ejercicios anteriores y comprobando la existencia del estado sofrónico, procederemos, después de repetir los cuatro ejercicios, a las sugerencias tendientes al aprendizaje del quinto protocolo de Schultz: "A continuación usted sentirá cierta sensación de calor en el abdomen... (si el sujeto sabe la localización de su plexo solar le indicaremos): usted piense: "mi plexo solar irradia calor..." (en caso de que el paciente no lo sepa, procederemos a sugerir sensación de calor en el vientre y en el abdomen...) usted piense: "siento calor en el vientre..." abandónese a esta sensación y cuando empiece a experimentarla comuníquemelo con su mano izquierda..., etc."

Sexto ejercicio

En este momento, o sea, en la última sesión de la segunda semana, actuaremos de la siguiente manera: a) estado sofrónico, encontrándose el sujeto en decúbito supino, típica postura de Schultz, en el diván de nuestro consultorio; b) repetiremos las vivencias de los cinco ejercicios anteriores, de manera similar como dejamos apuntado y c) procederemos al último

ejercicio de la sistemática del "grado inferior" del entrenamiento autógeno de SCHULTZ: la sensación cefálica de la siguiente manera:

"Hasta ahora usted viene experimentando sensación de calor y de flojedad en todo su cuerpo... lo ha hecho perfectamente... a partir de ahora entrenaremos el sexto ejercicio... en este ejercicio usted no va a producirse calor, sino agradable sensación de frío... esta sensación la va a localizar en su cabeza... en su cara... en su frente... usted piense: «tengo la frente agradablemente fresca»... ahora empieza a sentir como un viento suave y fresco que golpea su cara... empieza a sentir agradable sensación de frescor en su frente... el aire que respira está muy puro... se siente agradablemente... profundamente a gusto... dese cuenta que la situación en que se encuentra ahora se parece mucho a cuando usted toma un agradable baño de agua templada... se encuentra en la tinaja... a gusto, tranquilo... y siente como si al mismo tiempo tuviera en la frente una toalla humedecida en agra fresca..."

En algunas oportunidades, en sujetos de gran facilidad para experimentar los fenómenos sofrónicos, hemos apreciado al llegar a estos momentos, ciertos movimientos como si en "realidad" el sujeto se encontrase dentro de una tinaja de agua tibia.

"Regresamos" al sujeto de idéntica manera, como en los ejercicios anteriores, procurando reforzar la acción postsofrónica de que realice el entrenamiento en su casa. Asimismo le indicaremos que ha terminado la primera fase de los ejercicios y que la próxima semana será destinada a reforzar los mismos.

Al entrar en la tercera semana seguiremos viendo al paciente cada tercer día y en cada sesión nos limitaremos a controlar los seis ejercicios aprendidos, reforzando en estado sofrónico, de manera sistemática, el aprendizaje del método. Pondremos atención en corregir y encauzar las pocas alteraciones que puedan presentarse poniendo especial cuidado en que el curso del entrenamiento se desarrolle de manera ordenada.

Durante la tercera semana, pues, se efectuarán tres sesiones sofrónicas, con repetición de los ejercicios en nuestra presencia, efectuándolos siempre bajo nuestra dirección en estado sofrónico.

En la cuarta semana pasaremos a emplear, en los sujetos aptos, el entrenamiento de lo que SCHULTZ denomina "FORMULACIÓN PASIVA DE PROPÓSITOS". Nuestra actuación estará encaminada en el sentido de que el sujeto, encontrándose en estado de profunda relajación, en estado sofrónico dirigido por nosotros, pueda representarse de la manera más plástica posible una acción que quiera desarrollar. Por ejemplo, en el caso de un profesional que experimenta temblores en sus manos cuando lee en público, le invitamos a representarse la escena sin que aparezca esta eventualidad. El paciente

debe imaginarse de manera intensa pero al mismo tiempo pasiva, los pormenores de una situación en que, para sorpresa suya, no experimenta los síntomas que le vienen atormentando. De esta manera, el médico puede encontrar un sinnúmero de vivencias y de situaciones que puede entrenar en el sujeto, el cual empezará a repetir estas vivencias encontrándose en estado de autorrelajación en su casa.

Nuestra sistemática, pues, está encaminada a cumplir lo que comprende la primera etapa del entrenamiento autógeno de SCHULTZ, en un tiempo muy abreviado. Durante un mes, un sujeto apto para el estado sofrónico puede aprender el entrenamiento autógeno de Schultz, en su primera fase, lo que en estado de vigilia hubiese significado el empleo mínimo de 3 meses.

Después de terminada la cuarta semana, en un sujeto que haya experimentado esta sistemática, podremos dar por terminada esta primera fase intensiva y entonces, si fuera necesario, podríamos controlar el desarrollo del entrenamiento en dicho paciente durante un período aproximado de 3 ó 4 meses bastándonos una visita mensual. Claro está que esta sistemática, que establece una modificación sofrónica en el método de Schultz, no está encaminada más que al desarrollo de muchas cualidades individuales en sujetos normales y al refuerzo de la acción terapéutica, psicosomática, en algunos casos de anormalidad. No es su principal cometido de constituir por sí solo un sistema único de tratamiento; siendo de gran utilidad combinado con cualquier tipo de psicoterapia o farmacoterapia.

Sistematizando, el procedimiento quedaría reducido a cuatro etapas:

ESTADO SOFRONICO

a) PRIMERA SEMANA

Se entrenarán los tres primeros ejercicios de la sistemática de Schultz.

b) SEGUNDA SEMANA

Se entrenarán los otros tres ejercicios de la sistemática de Schultz.

c) TERCERA SEMANA

Refuerzo de los ejercicios y corrección de errores en el procedimiento y sus fenómenos observados.

d) CUARTA SEMANA

Se ejercitará la "FORMULACIÓN PASIVA DE PROPÓSITOS".

e) Sesiones posteriores de control.

Esta primera parte de nuestras observaciones no abarca, como ya está dicho, sino lo que se conoce con el nombre de grado inferior del entrenamiento autógeno de SCHULTZ. Lo que, a nuestro entender, es muchas veces suficiente, si no queremos llegar a estados más avanzados, para lograr una serie de beneficios inherentes a la ejercitación psicosomática.

Quedaría por realizar, en vías de completar estas observaciones, una segunda etapa en el trabajo. Es decir, el procedimiento a la inversa. Se trataría de organizar un grupo de sujetos resistentes al estado sofrónico, en los que se entrenara la autorrelajación concentrativa de Schultz, observando en ellos si su resistencia para dicho estado se vería diluida después de algunos ejercicios o después del aprendizaje completo del método. Parece ser que esto sucede a menudo, como demuestran los estudios de KRESTCHMER quien, como se sabe, es creador de un procedimiento ACTIVO FRACCIONADO.

Este método fue elaborado por el autor en 1960

Bases neurofisiológicas de la Relajación Estática y de la Relajación Dinámica de Caycedo

R. PUNCERNAU

Vamos a intentar dar una síntesis clara y didáctica, de un tema por otra parte muy importante en extensión y contenido.

Centraremos nuestro estudio de una manera principal en lo que representa de innovación el método de Relajación Dinámica de CAYCEDO.

Como dice el propio autor, este método está en período de experimentación clínica. Nuestro cometido será esbozar sus posible bases neurológicas y sus mecanismos neurofisiológicos. O por lo menos iniciar un camino que pueda servir de guía a futuras investigaciones.

En un trabajo de STEINHAUS, NORRIS y COLLEGE, sobre Relajación Muscular y Salud Mental se dice "para prevenir las neurosis debidas a las múltiples preocupaciones y tensiones de la vida moderna, debería aplicarse una medida específica, *la enseñanza de los principios de la relajación*". No es fácil relajarse. Existen métodos conocidos de relajación estática de los que trataremos brevemente. Pero a nuestro parecer la eliminación de "las tensiones residuales" y el "vacío mental" reparador se pueden conseguir fundamentalmente con la relajación dinámica.

I

INDICACIONES TERAPEUTICAS

Los métodos de relajación tienen dos indicaciones principales, como profilaxis y como tratamiento. El método de relajación dinámica tendría ade-

más, como dice su propio autor, otra indicación: la formación del propio sofrólogo. Este mismo método que nosotros hemos practicado tiene ya un considerable número de testimonios favorables entre médicos competentes.

La gama de "disfunciones" y enfermedades que se pueden beneficiar con los métodos de Relajación constituyen una lista muy grande. Téngase en cuenta solamente las especialidades médicas que cada vez en mayor número se interesan por los métodos de Relajación. Así por ejemplo los métodos de Relajación serían muy útiles en todas las enfermedades que cursan con tensiones emotivas, en las enfermedades psicosomáticas, en las neurosis, en las alteraciones del ritmo del sueño, en trastornos circulatorios, en trastornos sexuales, etc.

Según datos recopilados por GRAFF en Alemania y por el "U.S. Public Healt Service" los hombres de cuyas decisiones dependen "dólares y centavos" mueren más jóvenes que los demás. Los investigadores alemanes que lo llaman "enfermedad de directores", han encontrado que el número de muertes entre hombres de 55 a 60 años y que ocupan posiciones directivas y de responsabilidad es el 45 % más elevada que en los demás.

HAUGEN, DIXON y DICKEL llevaron a cabo pruebas en 201 sujetos de los cuales 120 eran alumnos universitarios. Los individuos cuya tensión sistólica era de 130 mm Hg o más experimentaron un descenso de 8 mm, y aquellos cuya tensión diastólica era algo elevada (superior a 80 mm Hg) experimentaron un descenso de 9 mm. Los grupos controles no sufrieron cambios.

La mayoría de individuos sometidos a relajación manifestaron cambios provechosos, como la mayor facilidad y rapidez en conciliar el sueño, posibilidad de poder conseguir una mayor capacidad de concentración, reducción de las jaquecas, desaparición de tics, disminución del tabaco y supresión muchas veces del alcohol.

SCHULTZ en su método de "Entrenamiento Autógeno" cita como principales efectos beneficiosos, autotranquilización, restablecimiento, regulación vascular, aumentos de rendimiento intelectual, y formulación y consecución de propósitos.

Aunque no hay más contraindicaciones que las que puede dar un elemental conocimiento y prudencia médica, los ejercicios deben ser dirigidos por un sofrólogo experimentado.

Los beneficios que lleva consigo el aprender a relajarse sumados a la habilidad de un sofrólogo preparado para enseñar relajación, son un valioso complemento en muchas especialidades médicas.

II

METODO DE RELAJACION ESTATICA

Entre los métodos de Relajación Estática, debemos considerar el relajamiento progresivo de JACOBSON, la autohipnosis gradual activa de KRETSCHMER, la técnica de relajación activa del tono muscular de STOCKVIS y el método de relajación autoconcentrativa de SCHULTZ.

En los métodos de relajación progresiva, se busca la relajación muscular con la idea de primero notar, darse cuenta, y después aflojar.

Su base teórica es la siguiente: Los estados de tensión psíquica en el más amplio sentido de la palabra, traducen igualmente una tensión muscular continua y nociva. En ella jugarían tanto un papel la emoción como la actividad mental.

JACOBSON publicó en 1928 su libro sobre *La relajación progresiva*, en la que demostraba la existencia de un paralelismo entre el estado emocional y el tono muscular.

En algunos como en el método de KRETSCHMER, se pone al mismo nivel la autodistensión guiada por el terapeuta, con un coloquio orientado psicoanalíticamente. El método de JACOBSON, en cambio, es más somático y orienta la mente sobre las propiocepciones derivadas de movimientos sucesivos de flexión y extensión, de contracción y relajación, de músculos antagonistas.

El método de SCHULTZ cuyo autor precisamente se había iniciado en la antigua hipnosis estudiando a FREUD y a VOGT y al que llama Konzentrative Selbstentspannung (técnica de distensión concentrativa) consiste en un método para provocar, sensación de peso, sensación de calor, regulación cardíaca "el corazón late tranquilo", regulación respiratoria "algo respira en mí", regulación vegetativa solar "el plexo solar irradia calor" y descanso cefálico "la frente está fresca". Luego sigue el retroceso *obligado*, de mover los miembros, respirar profundamente y finalmente abrir los ojos.

En este método de relajación de SCHULTZ se busca además como medida terapéutica la entrada en un estado sofrónico más o menos profundo (autosofrónico).

Esto se consigue a veces de una manera espontánea. Para CAYCEDO fue significativo por ejemplo, la observación de varios casos en que estando practicando la relajación de SCHULTZ, los pacientes presentaban espontáneamente cuadros sofrónicos profundos.

La simple sugerencia genérica de concentrar la atención en forma completa y global sobre algo, dejando caer gradualmente como dice CROSA, todo

otro pensamiento, lleva a una cada vez mayor indiferencia y pasividad mental, e induce progresivamente a un estado sofrónico más o menos profundo. Sin embargo la base de los métodos de relajación está principalmente en la hipotonía muscular, aun cuando como hemos dicho, en la cumbre, se puedan desplazar hacia cambios del estado de consciencia.

Es evidente que hay una acción encéfalo-muscular y músculo-encefálica. Los estados de tensión, los disturbios emocionales, el miedo y la exageración de la sensación de dolor, la formación de palabras y conceptos (segundo sistema de señalización) (véase tema correspondiente a "Mecanismos psiconeurológicos de la acción de la palabra sobre los estados de consciencia. *Terpnos logos*"), son todos efectores y receptores al mismo tiempo, en el sentido indicado. Es curioso anotar que en unas experiencias realizadas por STEINHAUS y NORRIS, con control electromiográfico, la tensión muscular se reducía en un 40% en intelectuales y sólo un 20% en otros individuos. En los primeros habría, pues, una mayor finura de esta interrelación.

Los métodos de relajación y de una manera especial el método de SCHULTZ han contribuido, como dice CAYCEDO, a desmitificar la antigua hipnosis permitiendo reincorporar sus fenómenos caídos en descrédito, al estudio científico y a la utilización clínica. Este autor hacía notar ya en 1965 la similitud de algunas de estas técnicas de relajación con los métodos Yogas hindús y Zen japonés y los fenómenos logrados por ellos. Ello fue objeto de profunda meditación, como dice el autor, y seguramente el germen de su método de relajación dinámica.

Este método de relajación dinámica constituye un paso adelante considerable. Sin embargo, ambos métodos estáticos y dinámicos tienen unas iniciales bases comunes de las que vamos a tratar a continuación

III

BASES NEUROFISIOLOGICAS COMUNES

En el año 1949 MAGOUN y su escuela descubrieron que el segmento dorsal de la formación reticular bulbo-pontina y su extensión mesencefálico-hipotalámica ejercen una acción estimulante sobre el córtex cerebral. Más tarde en esta misma formación reticular, se descubrieron acciones inhibidoras. Estas estructuras del tronco cerebral vendrían a ser como una estación reguladora de empalme ferroviario que distribuyera las mercancías en uno u otro sentido. Las conexiones superiores de este "empalme" ya han sido tratadas en otro tema del Symposium (ver Sofroterapia en Neurología).

Este sistema reticular activador envía también hacia la medula impor-

tantes haces descendentes, que influyen sobre la actividad y el tono muscular facilitando tanto la contracción estática como influyendo en los receptores periféricos de las neuronas de los núcleos sensitivos, regulando la codificación y la transmisión de información.

Esta acción estimulante se realiza a través del fascículo retículo-espinal lateral. Este fascículo que es directo y cruzado, está situado en la medula por delante del fascículo córtico espinal y por dentro del fascículo rubro-espinal. Los cilindroejes de este haz van a las motoneuronas gamma del asta anterior de la medula.

Las motoneuronas gamma inervan a su vez las fibras musculares intrafusales, cuya misión no es la de contraer el músculo, sino de sensibilizarlo a la tracción. Para BARRAQUER-BORDAS sería la resistencia refleja que opone un músculo al ser distendido.

Este reflejo miotático o regulador del tono muscular, está constituido por una rama aferente que empieza en el huso muscular y una rama eferente de la motoneuroma gamma medular (figura 1).

En el asta anterior medular encontramos además de las motoneuronas pequeñas o gamma, en relación con el huso muscular y su regulación tónica,

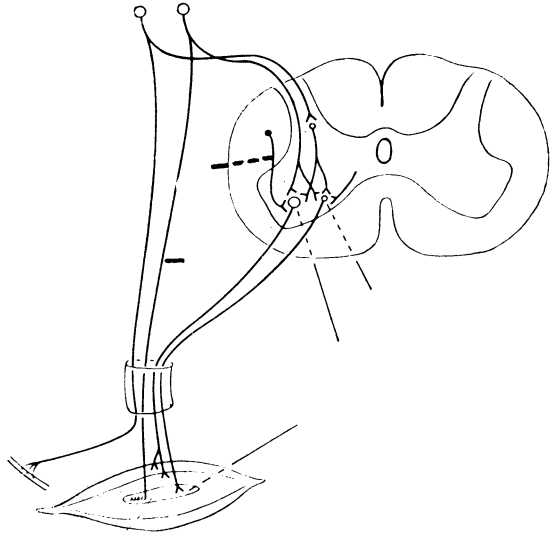


FIGURA 1.— Representación esquemática del sistema gamma eferente. En el asta anterior medular se ven las motoneuronas grande y pequeña y sus respectivas conexiones con el huso muscular, los músculos y la piel. (Ver texto.)

las motoneuronas grandes, alfa fásicas, y alfa tónicas, que inervan las fibras musculares propiamente dichas. Las primeras inervarían los músculos pálidos de contracción rápida, mientras las segundas, las fibras musculares rojas, de contracción más lenta y sostenida.

Las motoneuronas gamma aparte de la acción miotática ya mencionada, actuarían a su vez elevando la actividad funcional de las motoneuronas alfa. Esta inervación se hace por un camino indirecto, una especie de espiral que se inicia en la motoneurona gamma, pasa a las fibras intrafusales y a través de los receptores aferentes de tracción, vuelve sobre las motoneuronas alfa. Tal circuito ha sido calificado por GRANIT de "peripheral loop" o bucle periférico. La actividad aferente se transmite también a las interneuronas inhibidoras y asimismo recibe información de los receptores sensitivos de la piel y de los corpúsculos de GOLGI.

Una confirmación del hecho de que el sistema gamma regula la tracción y no la fuerza muscular, estaría en las experiencias de SARNOFF y

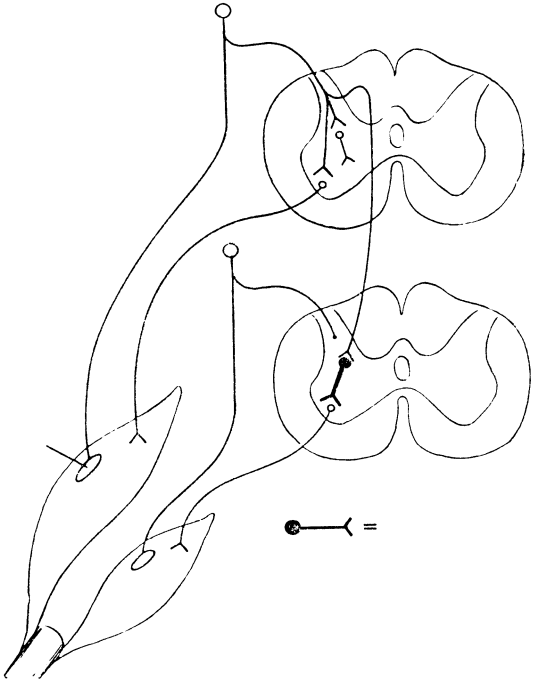


FIGURA 2. — Neurona inhibidora que actúa en la inhibición directa, entre un par de músculos antagonistas.

ARROWOOD, así como de LANDAU, WEABER y HORNBEIN que comprueban que la ligera anestesia intrarraquídea o epidural con procaína puede debilitar el reflejo miotático, sin reducir la potencia a la actividad voluntaria. Estos mecanismos son importantes en el estudio neurofisiológico de los métodos de Relajación Dinámica.

Las fibras inhibidoras son reguladas por la neurona internuncial situada en el núcleo intermedio de CAJAL de la medula espinal. Este sería un tipo de inhibición directa (figura 2).

Hay también un tipo de inhibición antidrómica, antes de que penetre el axón aferente en la motoneurona del asta anterior. Estas ramas recurrentes conducen impulsos y producen una descarga repetida en un grupo de interneuromas situadas en la región antero-interna del asta anterior medular (figura 3).

Son las llamadas células de RENSHAW. Estas funcionan como un mecanismo de readmisión de señales. Por un lado se activan por colaterales nacidas del primer segmento internodular (nódulos de RANVIER) y por otro tienen una terminación sináptica en las motoneuronas vecinas.

A este nivel hay pues un mecanismo segmentario completo de relacio-

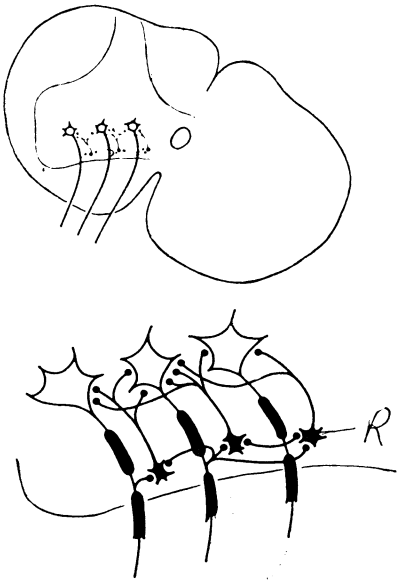


FIGURA 3. — Situación de las células de Renshaw, que actúan en la inhibición antidrómica. En la figura inferior, ampliada, se ven los primeros nódulos de Ranvier.

nes inhibidoras, realimentadoras o de readmisión de señales (feed-back), el cual en conjunto funciona para regular el tono, el umbral del reflejo miotático, la descarga excesiva y la integración de la total actividad motora.

El mecanismo suprasegmentario inhibidor parte también de la formación reticular del tronco cerebral. La formación reticular bulbo-pontina en su parte ventral, aparte de su acción inhibidora sobre el segmento mesencefálico dorsal envía también haces descendentes que actúan como frenadores de la actividad tónica de los músculos y asimismo de la sensibilidad.

Estas fibras descendentes van por el fascículo retículo-espinal medial que recorre la medula a lo largo del cordón anterior, inmediatamente por fuera del haz córtico-espinal directo. Sus fibras que son directas y cruzadas terminan también en las motoneuronas gamma ejerciendo sobre ellas un influjo inhibidor, moderando su actividad y apagando el tono de los músculos.

Como hemos dicho, tanto el sistema excitador como el inhibidor, emi-

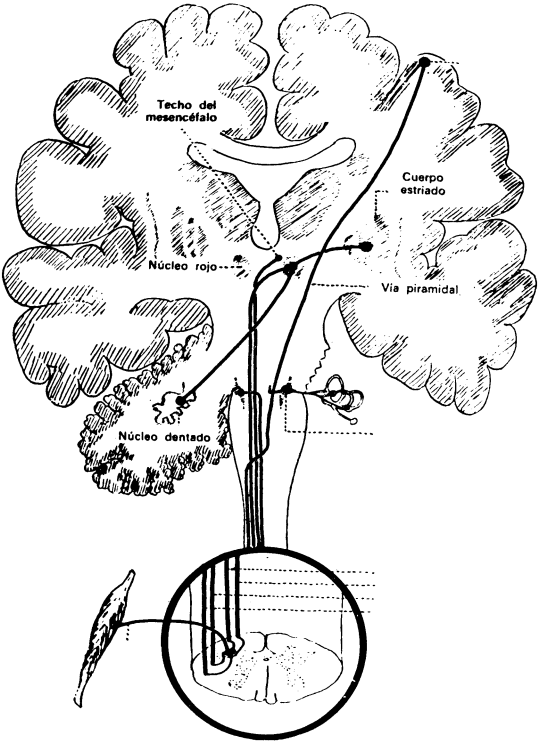


FIGURA 4.—Distintas vías de las conexiones reguladoras encefalomusculares.

ten colaterales para los núcleos sensitivos primarios, pero también para los receptores periféricos. Estos cilindroejes se encargan también de regular, como dice GÓMEZ BOSQUE, "las puertas de la sensibilidad" y con ellos se aumentaría o se disminuiría el caudal de noticias que llegaría a las partes altas del encéfalo.

En la regulación de la actividad musculotendinosa intervienen también aparte de los sistemas mencionados, impulsos neurales corticales, estriados, del núcleo rojo y otros núcleos mesencefálicos, de los núcleos vestibulares y cerebeloso, etc. (figura 4).

Queremos señalar que hasta ahora no se ha encontrado ningún medicamento que disminuya los factores excitadores o que aumente los factores inhibidores de este mecanismo miotático. Solamente sería eficaz la rizotomía posterior eliminadora de la rama aferente. La rizotomía posterior no puede realizarse pues se producen trastornos tróficos, úlceras de decúbito, etcétera, y la sección anterior es prohibitiva por las parálisis motoras que ocasionaría.

En las estructuras antes mencionadas residirían, pues, parte de los mecanismos neurofisiológicos de la relajación, especialmente en lo que se refiere a la relajación muscular.

IV

LA RELAJACION DINAMICA DE CAYCEDO

A través de lo que hemos dicho en el capítulo anterior podemos ver las bases neurológicas de esta influencia tanto excitadora como inhibidora, desde la periferia a la medula y tronco cerebral, y viceversa. La importancia de estas estructuras para ir profundizando en la neurofisiología de la relajación es obvia. Una vez más el organismo humano funciona como un todo único.

Aparte de estos mecanismos que de por sí constituyen una base de todos los métodos de relajación, vamos a tratar a continuación de los mecanismos sobreañadidos de tipo neurológico y de tipo fisioneurológico que pueden intervenir en la Relajación Dinámica de CAYCEDO.

Aunque como dice ISASI en su trabajo sobre la Relajación Dinámica "que no se trata de comparar, de corregir o de mejorar ningún método de relajación o de entrenamiento psicosomático ya existente", creemos que este método presenta unas características especiales.

En primer lugar está a caballo entre los métodos occidentales y orientales de relajación. Acercándose a la línea oriental, mantiene el rigor científico

de occidente. Une las técnicas occidentales que el autor ya conocía y practicaba de antiguo, con las técnicas japonesas, indias y tibetanas.

Los métodos de concentración, meditación y contemplación orientales los creemos de una particular importancia. Como hemos dicho, hay dos hechos que interesa destacar en este método, uno es la eliminación de "las tensiones residuales" y otro es la creación de un "vacío mental" recuperador.

En la Relajación Dinámica se realizan una serie de técnicas y ejercicios que no vamos a describir en detalle tanto más cuanto ya forman parte de otro tema de este Symposium realizado por el mismo autor, pero sí que nos interesa destacar aquí los siguientes hechos:

1.º Se trata de una serie de ejercicios en que se actúa sobre casi todas las partes del organismo.

2. La relajación y la modificación de la consciencia se va desarrollando a lo largo de todos los ejercicios. El interjuego tensión-relajación y sobre todo "la sensación de recuperación" son otro hecho importante.

3.º Asimismo la "conscienciación" del esquema corporal.

4.º Otro hecho a destacar es el papel importante que tiene el TERPNOS LOGOS en su desarrollo.

5.º El papel de la concentración, meditación y contemplación.

6.º La acción de determinados Kriyas y su posible mecanismo neurológico.

V

BASES NEUROFISIOLOGICAS PROPIAS DE LA RELAJACION DINAMICA

Dado que el método que estudiamos comporta distintos ejercicios, vamos a dar una noción de la posible base neurológica y fisiológica siguiendo la pauta de los mismos.

El primer ejercicio que se realiza es el llamado "nei kriya". Consiste en la ablución de agua salada, a la concentración de suero fisiológico y a temperatura corporal, de las fosas nasales y de los senos paranasales.

La acción de este "neti kriya", dejando aparte su acción de limpieza y desobstructiva del primer tramo de la vía respiratoria, se ejerce sobre las terminaciones del V par craneal, en una acción de tipo ósmico, sedante y tonificante.

Es importante conocer la posible acción central de este mecanismo. Es conocida la extensión de la raíz sensitiva del V par en el tronco cerebral. La formación reticular estimulante se alimenta de aferencias sensoriales

y sensitivas. Entre éstas juegan una acción importante las aferencias sensitivas trigeminales.

Una prueba de ello es que la sección experimental del tronco del encéfalo, en su límite con la medula (encéfalo aislado), conserva en el animal el nivel de consciencia, porque la importante aferencia del trigémino, es suficiente para provocar un estímulo excitador de la formación reticular. Mientras que si, según las experiencias de ROGER, en estos animales se practica la sección bilateral doble del V par, entonces el cerebro entra en una fase de inconsciencia permanente.

Esta experiencia demuestra la importancia que tienen las informaciones sensitivas de la cara y de la región endonasal inervadas por el V par craneal sensitivo, y cuya acción sobre la formación reticular bulbo-pontina dorsal y mesencefálica es tan importante.

En esta interacción juegan también otros factores de tipo inhibidor. Recordemos que estas conexiones trigeminales se ejercen también sobre la formación reticular ventral bulbo-pontina inhibidora en sentido ascendente pero también en sentido descendente por los haces medulares que moderan la acción tónica muscular, de lo que ya hemos tratado en el apartado anterior.

Luego vienen una serie de ejercicios respiratorios. Es importante la oxigenación en el trabajo de las neuronas cerebrales, y las formaciones reticulares son verdaderas galaxias de neuronas.

La hiperepnea con el aumento de oxigenación y la consiguiente hipocapnia, puede llegar si se prolonga, especialmente en personas predispuestas, a la sincronización de las descargas de las neuronas, provocando incluso crisis de tipo epileptógeno. No se debe llegar naturalmente a estos extremos, pero estos ejercicios deben ser realizados solamente bajo la dirección de un sofrólogo experimentado.

La acción de la profundidad de la respiración y del aumento de la oxigenación influyen en la modificación del estado de consciencia, como se usa en algunos métodos, igualmente, de inducción sofrónica. Pero además la forma del ejercicio respiratorio que se realiza en la Relajación Dinámica tiende a la total renovación del aire residual pulmonar.

En tercer lugar una serie de ejercicios compuestos de dos partes. En primer lugar darse cuenta del propio organismo. Tomar consciencia del propio esquema corporal. Después abandonarse a la sensación de recuperación con la consiguiente disminución de estímulos y aumento de la modificación de la consciencia.

Desde un punto de vista neurológico el provocar el cambio de estímulos de inconscientes a conscientes, de incontrolables a controlables, de improbables a probables, es de gran interés como coadyuvante en la modifica-

ción de los estímulos reticulares y por lo tanto de la consciencia. (Véase el tema "La Sofroterapia en Neurología".)

Esta relación con el esquema corporal y con toda la gama de las distintas aferencias sensitivas que constituyen la propiocepción, es de importancia no solamente en relación con las aferencias músculo-tendinosas, sino en la toma de consciencia de órganos que nos pasan generalmente desapercibidos. Los orientales en este sentido llegan a conseguir verdaderos virtuosismos.

En esta misma línea estaría también el tomar consciencia de músculos que generalmente no se usan, como por ejemplo el cutáneo del cuello y algunos músculos abdominales. Todos estos ejercicios van seguidos con el abandonarse a la sensación de recuperación, con lo que se logra cada vez más eliminar las tensiones residuales, a veces tan difícil de conseguir.

Después vienen intercalados otros ejercicios en los que se realizan movimientos de flexión, lateralización y circunducción de los músculos del cuello. Con ello se movilizan las vértebras cervicales, se hace una especie de masaje de posibles pequeñas o grandes adherencias, y se activa la circulación vértebro-basilar. Teniendo en cuenta el papel capital de estas arterias en la irrigación de las estructuras del tronco cerebral, no hace falta remarcar su importancia. Pero además los movimientos del cuello especialmente los de circunducción actúan sobre canales semicirculares y tienen una acción sobre el sistema vestibular central, y sus conexiones vegetativas, y con todo el sistema de estructuras reguladoras del tono del tronco cerebral.

Otros ejercicios consisten en una especie de automasaje muscular de vísceras que son reservorios de sangre, como el hígado, el bazo y vísceras abdominales en general, con la consiguiente aportación de sangre nueva al torrente circulatorio.

También es importante la acción sobre determinados plexos vegetativos como el plexo solar y el plexo mesentérico. La acción sobre el sistema nervioso vegetativo y la captación de información del sistema simpático periférico conviene considerarlos.

Unos ejercicios sobre los que queremos llamar la atención es la posición de los ojos en supraversión convergente, como mirando a la parte central de la propia frente (tercer ojo de los orientales). Tendría un doble efecto. Por una parte la provocación del reflejo condicionado: fatiga de los ojos igual a relajación. Esto lo observamos cada noche al acostarnos. La preparación del sueño va precedida de un período de relajación, muchas veces condicionado por el cansancio de los elevadores de los ojos.

Por otra parte esta posición de mirada "al tercer ojo" facilita la concentración.

La concentración, la meditación y la contemplación, comportan dejando

aparte su posible sentido más trascendente, desde un punto de vista neurológico, una situación del cerebro en sosiego y quietud. De reposo del pensamiento. De calma de la imaginación. De descenso de los procesos mnésicos. De relajación de la esfera volitiva. De una gran disminución global de la tensión psíquica por la provocación de un verdadero "vacío mental".

La concentración sería la fijación del espíritu sobre un objeto. El sofrólogo sugiere a la persona o al grupo, que partiendo del estado de obnubilación profunda de la consciencia que se ha ido adquiriendo, se concentre sobre un objeto de la naturaleza o escogido libremente.

La meditación sería como la continuidad voluntaria de la imagen mental objeto de la concentración.

La contemplación consistiría en que el objeto que uno medita, se mantiene solo independientemente de todo esfuerzo de voluntad.

Digamos finalmente que para valorar este método hace falta tener en cuenta, que es el primer sistema de entrenamiento psicosomático occidental, cuyo principal objetivo es la potenciación y la modificación del estado de consciencia, fenómeno que según el autor es considerado como la base de todo el proceso.

El método ha demostrado ser, como hemos dicho, de considerable valor. Sin embargo, son los propios resultados clínicos que han de dar, cada vez más afinadas, las modificaciones fisiológicas y neurológicas que comportan este sistema. Y a través de estos resultados y de los exámenes complementarios experimentales, se deben proseguir las investigaciones de estos mecanismos, de los que hemos pretendido en este trabajo indicar un posible camino.

DR. RICARDO PUNCERNAU SAMPERE, Médico Neuropsiquiatra. Vicepresidente de la Sociedad de Sofrología y Medicina Psicosomática. Sede Central. Director del Departamento de Neurología de la Cátedra de Patología General. Facultad de Medicina de Barcelona.

BIBLIOGRAFIA

BARRAQUER-BORDAS, L. — *Neurología fundamental.* "Ediciones Toray, S. A." Barcelona, 1963.

BARRAQUER-BORDAS, L. — *Neurología y psicología profunda.* "VIII Conversaciones de Intelectuales de Poblet". 1967

CAYCEDO, A. — *Relajación, Hipnosis, Yoga, Zen: Fenómenos unitarios.* "Revista Ibero Americana de Sofrología". Buenos Aires, 1965.

CAYCEDO, A. — *El estado sofrónico y el entrenamiento autógeno.* "Sofrología". 4:3 1966.

CAYCEDO, A. — *India of yogis.* "National Publishing House". Delhi, 1966.

CAYCEDO, A. — *Letters of silence.* "Bhawnani and Sons". Delhi, 1966.

A symposium organized by the Council for international organization of medical sciences. "Brain mechanism and consciousnes". Masson et Cie. Editeurs. París, 1954.

CROSA, J. — *Técnicas autosofrónicas y entrenamiento autógeno.* "Revista Ibero Americana de Sofrología". 4:211:1966.

GÓMEZ BOSQUE, P. — *Las condiciones cerebrales de la consciencia y del ritmo nictameral.* "Arch. Fac. Med." 12 n.º 2:135:1967.

GRAFF. — Cit. por Steinhaus y Norris.

GRANIT, R. — *Reflex self-regulation of muscle contraction and autogenic inhibition.* "J. Neurophysiol." 13:351:1950.

GRANIT, R. — *Receptors and Sensory Perception.* "Yale Univ. Press New Haven." 1955.

HAUGEN; DIXON; y DICKEL. — Cit. por Steinhaus y Norris.

HERNÁNDEZ-PEÓN. — *Los principios neurológicos del sueño.* "Arneimittel Forschung." n.º 10 octubre 1965.

ISASI, A. — *La relaxation dynamique du Prof. Caycedo.* Seminaire de Methodes Orientales. Sitges, 1968.

LANDAU; WEABER y HORNBEIN. — Cit. por Brock y Krieger.

OUSBY, W. J. — *Self-Hypnosis and Scientific Self-Suggestion.* "Thorsons Publishers Ltd.." Londres, 1966.

OUSBY. W. J. — *The theory & practice of hypnotism.* "Thorsons Publishers Ltd." Londres, 1967.

ROGER. — Cit. por Gómez Bosque.

SARNOFF; y ARROWOOD. — Cit por Brock y Krieger.

SCHULTZ, J. H. — *El entrenamiento autógeno.* "Editorial Científico-Médica." Barcelona, 1954.

STEINHAUS, A. H. y NORRIS, J. E. — *Progressive relaxation.* "Psychiatric Spectator." n.º 13:1965.

STOCKVIS, B y MONTSERRAT-ESTEVE S. — *Tratado de Hipnosis - Introducción a la Sofrología.* "Editorial Scientia." 1967.

WILKINSON, R. T. — *Privación de sueño.* "Triángulo." 8:162:1968.

(Las figuras han sido tomadas del libro "Fundamentos de Neurología Clínica" de S. Brock y Krieger.)

Modificaciones del tono muscular en el curso del tratamiento farmacológico

A. REGO

INTRODUCCION

Las conclusiones que se exponen en este trabajo tienen su origen en estudios actualmente en curso en el Centro Neuropsiquiátrico de Martorell.

Nuestro intento es la búsqueda de un diálogo con el tono a nivel de la totalidad del individuo. Sabemos que se trata de una adquisición individual sujeta a un proceso de maduración en la infancia. Sabemos, asimismo, que permanece estrictamente personal a lo largo de toda la vida y que, incluso en la desintegración de las demencias orgánicas (1), reviste unas características particulares, aun cuando una sistematización y agrupación sean posibles.

Por otra parte, conocemos también las modificaciones que se producen en el tono paralelamente a las psíquicas, durante la administración de determinados productos farmacológicos o en el curso de determinadas técnicas psicoterapéuticas, como la relajación. Este paralelismo, o por lo menos esta coincidencia entre psiquismo y tono muscular nos ha llevado de la mano a nuestra investigación. Los objetivos de la misma son fundamentalmente dos: por una parte, relacionar el tono muscular con la personalidad morfomotora del individuo y relacionar, por otra, las manifestaciones neurológicas que aparecen en el curso de la administración de algunos psicofármacos con el estado previo del tono (2).

FUNCION DEL TONO MUSCULAR

Ya WALLON (3) insistió sobre la doble función del músculo: función clónica, base de la actividad cinética dirigida hacia la actividad exterior y función tónica, que mantiene una actitud, una postura que hace posible el equilibrio. Insiste WALLON, a lo largo de toda su obra, en la reciprocidad de las actitudes, de la sensibilidad, de la acomodación perceptiva y mental. De esta manera el tono adquiere una importancia vital, porque tiene en su misma base, como dice BARRAQUER BORDAS (4), un proceso de adaptación constante, de configuración adaptativa ininterrumpida y finamente ajustada. Esta concepción se encuentra confirmada por las conclusiones de PAILLARD: la tonicidad permanente adquiere un valor de verdadera acomodación plástica del órgano muscular. Siempre presente, prepara, orienta y mantiene la eficacia del movimiento asegurándole su plasticidad.

Aunque se suele distinguir dos tipos de tono —el de acción y el permanente— De AJURIAGUERRA y ANDRÉ THOMAS (5) demostraron que es el tono permanente el punto de partida de toda actividad motora. La característica principal del tono sería, pues, la base misma de la actividad motora, en relación fundamentalmente, con el cuerpo mismo. Un estado tónico sería un modo de relación. Sus modificaciones propio y exteroceptivas producen reacciones de vigilancia o de relajación. Las satisfacciones y los disgustos provocarían correlativamente actitudes tónicas determinadas, aunque, como dice DE AJURIAGUERRA, es difíicil separar estas vivencias tónicas del conjunto de la personalidad. Ahora bien, estas vivencias hacen vivir en el propio cuerpo la relación con otros individuos. Por ello, nosotros podemos sentir y sufrir, potencialmente, en nuestro propio cuerpo la agresividad de otro y viceversa. Lo mismo ocurre con el lenguaje en cuanto compromiso vivido como defensa o como agresión.

SIGNIFICACION PSICOLOGICA DE LA HIPERTONIA Y DE LA HIPOTONIA

La hipertonía tiene un amplio sentido de llamada y de interrogación. La hipotonía, por el contrario, implica descanso, alivio y satisfacción. Pero ambas formas tónicas no significaban sólo formas de acción, sino también de reacción; intercambiables. Nuestra agresividad, por ejemplo, no se manifiesta obligatoriamente bajo la forma hipertónica, puesto que la agresividad reflejada sobre otro individuo puede ser vivida por nuestro propio cuerpo pasivamente frente a la respuesta agresiva del otro. La actitud,

el modo expresivo, la forma reactiva dependen del tipo de integración psicoafectiva, de factores tónicos y de la estructura morfotipológica propia de cada individuo (DE AJURIAGUERRA) (6). Se puede hablar de una personalidad morfomotora, donde el fondo tónico sería el fundamental componente de su expresión, que tendría su origen en las primeras organizaciones del nivel de maduración correspondiente. Mira STANNBACK (7) realizó un estudio longitudinal de la evolución en la primera infancia, de diferentes aspectos motores. En un extenso material de niños normales, observó que cada aspecto motor parece evolucionar de modo semejante. Pero hacia el octavo mes se opera una diferenciación neta para cada aspecto motor. El niño hipertónico manifiesta desde los primeros meses una gran movilidad que aumenta con las adquisiciones del desarrollo postural. El ponerse de pie y la marcha son precoces. Sus movimientos son bruscos. En cambio, el niño hipotónico es tranquilo, sus movimientos son finos y manipula bien los objetos. Su desarrollo postural es lento.

Estos dos tipos motores tienen indudablemente un gran interés pues han contribuido, por una parte, al mejor conocimiento de la evolución motora, sirviendo de partida para un estudio diferencial del conjunto del desarrollo psicológico, puesto ya de manifiesto por las técnicas de relajación que evidencian las íntimas relaciones entre la organización tónica y la formación de la personalidad. Así DE AJURIAGUERRA (8), con la experiencia de su técnica de relajación y teniendo en cuenta la organización tónica de fondo, perfila seis grupos tipológicos. El primero, de constitución atlética, se caracteriza por una tendencia a la rigidez homogénea, que contrasta con la fragilidad de su estructura instintivo-afectiva. El segundo, constituido por longuilíneos o displásicos muy asténicos tiene tendencia a la pasividad objetiva global. Los individuos que integran el tercer grupo, constituido también por atletas con tendencia a la forma asténica se caracteriza por presentar casi permanentemente una vigilancia elástica generalizada. Los del cuarto presentan una elasticidad tónica uniforme y pertenecen morfológicamente al tipo longuilíneo-asténico. Los del quinto grupo, longuilíneos-asténicos, se diferencian de los anteriores por responder casi siempre con contracciones parcelarias fugaces de intensidad discreta. En el último grupo hallamos sujetos con proporción variable de elementos pícnicos y atléticos que presentan respuestas difusas del tono de fondo fáciles de objetivar; inmovilizan su cuerpo en una espera acogedora. Los individuos componentes de estos grupos reaccionan a las técnicas de relajación en relación con las particularidades de su tono. Las correlaciones entre la morfología y la virtualidad dinámica se expresan en la vivencia tónica de cada uno, o sea en las actitudes; las reacciones tónicas son modos de vivir la relación o de estar en relación con un mundo pacífico o agresivo, a través del cuerpo que, desde

pasada la primera infancia, se expresa en formas de ser pasivas o tensas.

Por otra parte, a partir de los trabajos de KRETSCHMER sobre constitución y carácter, se investigó sobre la psicomotilidad de los tipos constitucionales. VAN DER HORST (9), KIBLER (10) y ENKE (11) iniciaron estudios sobre el ritmo psicomotor, definiéndolo con la cadencia con que una persona realiza un movimiento voluntario en la forma más agradable para él. A partir de sencillas pruebas (golpear con un lápiz metálico sobre una plancha de madera, elevar un peso y registrar el esfuerzo realizado por medio de un "ergógrafo", seguir, sin tocarlo, el contorno de una figura en un "termómetro" etc.), llegaron a la conclusión de que el ritmo psicomotor es constante (SCHROEDERSECKER). Los leptosomas actúan con un ritmo más rápido que los pícnicos, trabajan más regular y exactamente, aunque se cansan más bruscamente y son diestros en movimientos manuales finos. WERNER WOLF (12), GERTRUDE KIETZ (13) y ERNEST HOFER (14), demostraron, asimismo, que el ritmo individual de la marcha se relaciona con determinadas cualidades psicológicas. JUSTO GONZALO (15) estableció unos tipos generales de motilidad, en relación con la tipología de KRESTSCHMER: El primero o sincinésico correspondería a la motilidad infantil y se presentaría en gran número de displásicos. El "parkinsoniano" tendría su representación más frecuente en los esquizotímicos. En conjunto llegaron estos estudios a intuir que las relaciones entre carácter y motilidad son más estables que las existentes entre constitución y carácter.

Si consideramos que, entre los múltiples factores condicionantes de la motilidad, es el tono el de máxima significación, parecía interesante un estudio del estado tónico en los diversos tipos constitucionales. En el protocolo de nuestra investigación incluimos aparte de la valoración del tono en sus diversos componentes (pasividad, extensibilidad, dureza y relajación) una valoración de la motilidad y del biotipo constitucional. Los resultados parecen significativos, aunque el estado de la experiencia no nos permite aún aventurar conclusiones.

RELACION CLINICA ENTRE LAS MODIFICACIONES TONICAS Y ALGUNOS ASPECTOS PSIQUICOS

El cuerpo, como situación motivante, representa un punto de referencia y un medio de elaboración de respuestas que sólo se pueden comprender con respecto a un fondo tónico. Al abordar el estudio del tono permanente encontramos, dentro de los valores normales, individuos con respuestas pasivas y menos pasivas (tensas), que sometidos a la influencia de determinados neurolépticos, presentan al comienzo respuestas neurológicas dife-

rentes. Todas estas respuestas neurológicas, a pesar de su polimorfismo, tienen un sustrato común: un fondo tónico anormal; ahora bien, ese fondo tónico anormal prepara una respuesta diferente en las formas pasivas y tensas. La hipertonía es común, pero unos individuos la viven al principio pasivamente (hipertónicos-acinéticos) y otros agresivamente (hipertónicos-hipercinéticos). Decimos "al principio" porque, posteriormente, al suspender la medicación, algunos sujetos que han respondido con crisis hipercinéticas presentan, ante una nueva administración del mismo fármaco, una respuesta pasiva.

Las distonías se presentan casi con exclusividad en las fases iniciales del tratamiento. Desaparecen o disminuyen al aumentar las dosis o al recomenzar el tratamiento, si éste se había concluido. Esta ausencia de crisis distónicas e hipercinéticas (acatisia, tasiquinesia) en las citadas circunstancias, demuestra que su aparición depende en alto grado del tono muscular que, al modificarse con una determinada dosis o con la primera toma del psicofármaco, condiciona una respuesta posterior igualmente hipertónica pero hipocinética o totalmente acinética.

Estas nociones clínicas son importantes porque evidencian la organización de unos sistemas funcionales psicomotores por medio del tono, ilustran el sistema de reinformación y reajuste tónico y demuestran la posibilidad de la intervención de factores externos en la resultante total de dicho circuito.

Con la modificación del tono corren paralelas ciertas modificaciones psicológicas del individuo. Varía, en primer lugar, la forma como es vivida la tensión provocada. Ciertamente se trata de un malestar difuso, pero vivenciado más o menos físicamente por unos y más o menos afectivamente por otros. Los primeros refieren sueño y sensación de fatiga. Los segundos perplejidad y angustia que aumenta si se les somete a una inmovilización forzada y desaparece o disminuye al reanudarse el movimiento. La interpretación es asimismo diversa. Algunos integran sus molestias dentro de su sistema delirante; otros la relacionan con hábitos adquiridos en la infancia; la mayoría reconocen como causa al medicamento y muestran, en los días consecutivos, una gran resistencia a aceptarlos. Pero, ¿cuál es el lugar de la tensión en la economía de la personalidad del enfermo? En el marco de los beneficios secundarios, la tensión adquiere un valor unívoco de objetivación: el síntoma se convierte en objeto de mayor interés que utiliza como instrumento de intercambio con el médico, el ambiente y el resto de los pacientes. La relación es recíproca y los pacientes que toman la misma medicación se "contagian", imitando algunos de los síntomas secundarios (las crisis oculógiras, por ejemplo) para obtener los mismos beneficios.

Estos momentos son fecundos como modos de expresión aunque el in-

dividuo viva sólo corporalmente la crisis. Pero aclaremos que los comportamientos motores provocados farmacológicamente no significan una modalidad clínica añadida como una característica propia de la enfermedad que evoluciona y a través de la cual se expresa la actividad mental patológica que motivó el tratamiento. La tensión motora tiene un sentido definido aun cuando su interpretación sea sólo a nivel corporal; es precisamente a este nivel cuando adquiere una significación, al favorecer la fijación de la angustia sobre el cuerpo que toma conciencia de sí mismo y de las formas de expresión. El individuo refiere o que está tenso, inquieto, con imposibilidad de permanecer sentado o acostado, o bien que "no puede moverse" y que se halla en un estado casi permanente de somnolencia. En ambos estados el individuo solicita del médico su intervención para corregir estas molestias. La relación con los demás pacientes se hace distante y pasiva en los últimos y pegajosa y brusca en los primeros. Estas actitudes se atenúan poco a poco, a medida que el fondo tónico adquiere sus valores habituales. En una evolución lenta alcanzan dichos valores tónicos, aunque puede producirse una inversión del fondo tónico habitual, sobre todo en individuos primariamente pasivos que evolucionan hacia formas tónicas tensas. En numerosos enfermos de este tipo persisten mucho tiempo después de suspender el neuroléptico contracciones peribucales, de lengua o de segmentos más amplios (hombros, pies). Algunos autores han descrito casos en los que, después de un tratamiento con neurolépticos, las respuestas neurológicas provocadas, de tipo parkinsoniano o postencefalítico, han persistido con carácter irreversible. En seis años que llevamos trabajando en Martorell sobre el tono muscular, con mis colaboradores: MELO, VICENTE y GUIMÓN, hemos podido constatar que ciertamente hay casos en que persisten crisis distónicas que interesan regiones más o menos limitadas (segmentos de la cara y del cuerpo) durante largo tiempo. En nuestro material se han significado por este hecho varias pacientes, con contracciones de más de un año de duración. Este fenómeno se observó, preferentemente en los casos que habían presentado una inversión del fondo tónico habitual. La administración de relajantes hacía, sin embargo, desaparecer las contracciones y restituía el tono previo. Este hecho no pretende descartar la irreversibilidad del cuadro parkinsoniano o postencefalítico en algunos de estos casos, porque no es posible menospreciar la participación de otros factores como predisposición, latencia o coincidencia en la irreversibilidad. Se quiere sólo subrayar la importancia del tono muscular en la expresión y fijación del movimiento y en el mantenimiento de la tensión emocional. Fijémonos en un detalle importante al que acabamos de aludir. Cuando hablamos de los cuadros hipertónicos ya sean vividos agresiva o pasivamente, el nivel de vigilancia se halla disminuido, con lo que el fondo tónico adquiere otra di-

mensión más en el determinismo de la actividad psíquica. Fenómenos psicodislépticos han sido descritos en el curso del tratamiento con neurolépticos incisivos, cuyo soporte estructural lo constituyen los estados de angustia y la activación de una conciencia onírica, vividos simultáneamente con la actividad del cuerpo. Y si insistimos ahora en la participación del tono en el determinismo de la actividad psíquica, es para recordar otro hecho clínico: los relajantes rompen el círculo de las reacciones tónico-emocionales, con lo que el fondo tónico —relajado en este caso— expresa su dimensión condicionado el reposo psíquico con el consiguiente equilibrio del nivel de vigilancia

CORRELACIONES ENTRE LOS FENOMENOS PROVOCADOS POR LAS TECNICAS PSICOTERAPICAS Y LOS TRATAMIENTOS PSICOFARMACOLOGICOS

Con las técnicas psicoterápicas-psicoanálisis, relajación, hipnosis, se crean, como con la terapéutica neuroléptica, estados nuevos que rompen el círculo tónico-emocional. Los fenómenos psicológicos a que dan lugar son a veces correlativos. No es raro porque, dentro del marco de la "desaferentación", la ausencia de estímulos significativos producen, contrario a lo que se espera, manifestaciones ansiosas y hostiles. Estos fenómenos de privación de aferencias no plantean problemas de interpretación. Cualquiera que sea la técnica o el tipo de neurolépticos empleados —sedantes o incisivos— el paciente vive una experiencia terapéutica, a través de la cual expresa la angustia. Si ello es producto de una privación sensorial, no es menos atribuible a una "desaferentación" social, fenómenos que, como dice DE AJURIAGUERRA (16) se hallan más o menos asociados y se influencian recíprocamente. Cuando el individuo se encuentra cara a sí mismo, delante de su situación corporal, reacciona según su organización tónica. El individuo se aísla y vive su nueva situación con una sensación de reposo agradable, pero pronto esa primera experiencia se le hace insoportable. Las dificultades de relación con el exterior le privan de los recursos defensivos que la relación misma le procuran. Estos fenómenos no deben considerarse negativos, pues como han demostrado COHEN y CHARMY entre otros, con la técnica del aislamiento se consigue precisamente una disminución del nivel de vigilancia o regresión si se quiere en términos psicoanalíticos, a fin de facilitar una reorganización constructiva de los recursos más profundos del hombre.

DR. ALFREDO REGO, Médico Neuropsiquiatra. Director del Centro Neuro-psiquiátrico de Martorell. Barcelona.

BIBLIOGRAFIA

1. AJURIAGUERRA, J. DE; REGO, A; TISSOT, R. "*Activités motrices stereotypées dans les demences du gran age*". Ann. Psychol. — París. Mai 1963.
2. REGO, A. "*El doble control de las crisis excito-tónicas paroxísticas y parkinsonianas*". *Inf. Psi.* — Barcelona 1.º y 2.º 1965.
3. WALLOW, H. "*L'evolution Psychologique de l'enfant*". París 1947.
4. BARRAQUER-BORDAS, L. *Patología General del Tono Muscular*. Barcelona 1957.
5. ANDRE-THOMAS; AJURIAGUERRA, J. D. "*Etude semiologique du tonus*". París 1949.
6. AJURIAGERRA, J. DE; CAHEN, M. "*Tonus corporel et relation avec autrui. L'experience tonique au cours de la relaxation*". París - L'expansion 1964.
7. STAMBAK, M. "*Tonus et psychomotricité*". Neuchatel, 1963.
8. Véase AJURIAGUERRA, J. DE; CAHEN, M.
9. HORST, VAN DER. "*Experimentalpsychologische Untersuchungen zu Kretschmehs Köperbau und Charakter*". Ztscher. f. d. ges. Neur. u. Psych. 93, 341 (1924)
10. KIBLER, M. "*Experimentalpsychologischer Beitrag zur Typenlehre*". Ztschr. f. d. ges. Neurol. y Psychiatrie, Bd 98, pág. 524 (1925).
11. ENKE, W. "*Die Psychomotorik der Konstitutionstypen*". Ztschr. f. angew. Psych. 36, 237 (1930).
12. WOLFF, W. "*Gang und Character*". Leipzig, 1931.
13. KIETZ, G. "*Der Ausdrucksgehalt des menschlichen Ganges.*" Leipzig, 1952.
14. HOFER, E. "*Über den Rhythmus d. mennschl. Ganges*". Wiener Arch. Psychol. Psychiatrie, Neurol. 6, 2, 1956.
15. GONZALO, J. "*Los tipos de motilidad. Contribución a la sistemática del movimiento*". Arch. Neurobiol. T, 14, 1, 1934.
16. AJURIAGUERRA, J. DE "*Desafferentation experimentale et clinique*". Symposium Bel-Air. Geneve, 1964.

III

SUGESTIóN Y TERPNOS LOGOS

La Sofrología y el concepto de sugestión

A. CAYCEDO

No nos cansaremos de repetir que la Sofrología no mantiene una actitud revisionista. Hace ya varios años que nos decidimos a abandonar esta postura, por considerarla a todas luces inoperante.

No tratamos de refutar concepciones más o menos tradicionales que, ciertas o equivocadas, han contribuido indiscutiblemente a mantener el interés científico de los fenómenos que estudiamos.

Es conveniente, sin embargo, hacer algunos comentarios que permitan aclarar nuestra posición que no pretende entablar polémica y que dista mucho de atribuirse la posesión de verdades irrefutables.

Estamos convencidos que, si logramos mantener esta actitud, el trabajo de investigación será más fácil y, sobre todo, los sofrólogos no se perderán en luchas teóricas y conceptuales que, como ya hemos visto, entorpecen la buena marcha del objetivo fundamental de la Sofrología: la aproximación DIRECTA a los FENÓMENOS de la conciencia.

Es difícil pero no imposible, procurar que la Sofrología sea una Escuela libre de mitos y de tópicos.

Nos encontramos en un período de CONOCIMIENTO, o reconocimiento, de los fenómenos y, por tanto, nuestros criterios no pueden ser rígidos. Esta actitud nos autoriza también para no aceptar postulados y opiniones taxativas.

Insistimos sí, para una mejor comprensión que favorezca el trabajo en equipo, en la "purificación" de nuestro lenguaje. Es decir, que nos pongamos de acuerdo en lo que queremos decir con tal o cual vocablo. Ello nos evitará grandes problemas, pues podría darse el caso de enfrentar los mismos conceptos a causa de diferentes matices del lenguaje.

Con el término "sugestión" sucede algo similar de lo que pasa con determinados vocablos que con el uso se van gastando, o "desgastando", como diría LÓPEZ IBOR.

Difícilmente se encontrarán dos definiciones iguales acerca de la "sugestión". En un trabajo bibliográfico, incluyendo los diccionarios y autores más autorizados, pueden apreciarse las más diversas opiniones.

Esta situación se ve agravada por lo que KRETSCHMER llama "correlaciones esféricas". Es decir, la palabra "sugestión" entraña, lateralmente a lo que con ella queremos expresar, una serie de contenidos que, en este caso, enturbian el contenido del vocablo.

Hoy la gente, a causa de una serie de vicisitudes históricas que ha atravesado el vocablo, se ha formado una idea confusa acerca de la "sugestión", que no excluye elementos peyorativos.

La palabra sugestión, en español, por ejemplo, a veces se carga de contenidos asociados a la idea de "engaño" o debilidad del carácter.

En medicina, sobre todo en psiquiatría, las "técnicas sugestivas", principalmente en los países occidentales, han sido menospreciadas desde que la hipnosis fue reducida a la categoría de "psicoterapia menor".

Como es sabido, el concepto de "sugestión" se asoció íntimamente al hipnotismo, constituyendo para muchos autores, conceptos sinónimos. BUMKE, por ejemplo, afirma: "La hipnosis no es más que una forma de tratamiento en la que la acción sugestiva es ejercida del modo más concentrado, pero también más tosco." FRANKL afirma: "La hipnosis... es un estado psíquico anormal provocado por sugestión, que se distingue por el hecho de que a su vez constituye el terreno más favorable posible para ulteriores y más audaces sugestiones."

Dentro de la curiosa historia del magnetismo y del hipnotismo, ampliamente conocida, el concepto de "sugestión" adquirió un papel preponderante desarrollado por el abate FARIA, BRAID y la Escuela de Nancy. El mérito, escribe SCHULTZ, de haber reconocido y empleado por primera vez la sugestión verbal en todo su significado, se debe a un monje portugués que se llamaba a sí mismo el bracmán FARIA. En la interesante biografía que sobre el abate FARIA escribió el premio Nobel portugués AGAS MONIS, se pone de manifiesto el gran mérito del abate FARIA, quien a comienzos del siglo pasado intentó una revisión de los conceptos del Magnetismo mesmeriano y de sus ideas acerca del "sonambulismo". Sigamos parte de su descripción histórica.

El abate FARIA "tocaba ligeramente a las personas en las sienes, en la base de la nariz, en la región precordial, a la altura del diafragma, en los dos ojos o en los dos pies. «La experiencia me demostró — dice el abate FARIA — que una ligera presión de estas partes provoca siempre una concentración suficiente para la abstracción de los sentidos.» En todos estos procedimientos es la sugestión la que ocupa el primer lugar. Solía asociar, en uno y otro caso, presiones con el propósito de aprehender la atención o auxiliar la somnolencia. Son prácticas todavía hoy usadas con pequeñas variantes. FARIA había así descubierto la sugestión hipnótica", concluye AGAS MONIS.

Treinta años más tarde (en 1843), BRAID publicó su libro *Neurohipnología o la razón del sueño nervioso,* acerca del cual AGAS MONIS hace el siguiente comentario: "BRAID describe su procedimiento de hipnotización por medio de un objeto brillante colocado de 25 a 45 centímetros de los ojos, en una posición tal, sobre la frente, que la persona tenía que hacer el máximo esfuerzo de los músculos de los ojos y de los párpados para verlo. Insiste con el sujeto para que preste atención al objeto. «En poco tiempo — dice BRAID — los párpados se cierran involuntariamente con movimientos vibratorios y cae en sueño hipnótico.»"

"Indiscutiblemente, concluye el Premio Nobel portugués, se debe al abate FARIA el descubrimiento del procedimiento sugestivo de la hipnosis. Le cabe también la gloria de describir maniobras físicas coadyudantes, que después de él fueron empleadas con pequeñas modificaciones."

SCHULTZ, refiriéndose a la Escuela de Nancy escribe: "LIEBAULT, a quien debemos la resurrección del método de la sugestión verbal, dio en 1893 la siguiente descripción de su procedimiento:

"Después de haber invitado a mi paciente a acomodarse bien en un sillón, o mejor en un diván, le ruego fijar su mirada intensamente en la mía. Mientras que ahora toda la atención se concentra en observarme, y mientras que, por lo tanto, sus demás sentidos se ofuscan más y más y pierden la capacidad de percibir cualquier impulso del medio ambiente, le repito los estados preliminares del sueño: catalepsia de los miembros, cansancio, pesadez de los párpados, etc., y cuando noto que los párpados tiemblan o se cansan, o que la mirada de los ojos se vuelve algo fija y profunda, doy la orden: «¡Duerma!» Si los ojos siguen todavía abiertos después de esto, repito mi sugestión desde el principio, y al final cierro los ojos del paciente. Los obreros, labriegos. niños y soldados, que están acostumbrados a obedecer fácilmente, cierran casi todos en seguida los ojos maquinalmente a la sola orden de «¡Duerma!». Después de hacer algunas observaciones sobre el medio ambiente, la preparación, etc., sigue diciendo LIEBAULT: «A fin de ahorrar tiempo he simplificado aún más el procedimiento, renunciando a una parte de mi esquema. Me parece que es suficiente proporcionar a mis pacientes la oportunidad de observar el tratamiento de otros, e inducir a la vez a cada uno de ellos la idea de que él también caerá infaliblemente dormido rápida y fácilmente, al sentarse en el sillón, del mismo modo en que cae en el sueño normal de la noche. Este proceder tiene éxito en la mayoría de los casos; apenas se sienta el paciente en el sillón, ya cae en el estado hipnótico para el cual había sido preparado por su propio impulso de imitar y por la seguridad con que espera el sueño. Antes que yo mismo lo hiciera, utilizó el profesor BERNHEIM este método abreviado, evitando así el proceso tedioso de adormecer al paciente mediante la fijación y la recitación repetida de una fórmula»."

Como puede verse, el hipnotismo y la sugestión, se unieron a través de

este proceso histórico y anecdótico. Esta unión había de producir una época de la que MONTSERRAT ESTEVE llamará de "Resurgimiento Pendular".

Las cosas, sin embargo, iban a complicarse para esta simbiosis conceptual. CHARCOT identifica por entonces el proceso de la hipnosis con la histeria, teoría que fue ampliamente aceptada por un gran sector de la medicina y que ha perdurado hasta no hace muchos años. Especialistas de la más alta categoría compartieron, parcial o totalmente, este criterio, LANGE que escribe: "Próximos a los estados crepusculares histéricos, catatímicos, se halla el estado de conciencia concéntricamente reducido de la hipnosis, en el que sólo subsiste el «rapport» con el hipnotizador. Éste representa el papel que en los estados histéricos corresponde al deseo y a la fantasía."

El nuevo parentesco atribuido a la hipnosis con la histeria, comprometía seriamente a su inseparable compañera de entonces, la "sugestión".

En el devenir histórico, hasta entonces un tanto pintoresco, de los conceptos acerca de estos fenómenos en Occidente, iba a producirse un hecho de extraordinaria importancia: la aparición de los criterios de FREUD y el nacimiento del Psicoanálisis.

La Sugestión y la Hipnosis continuaron juntas, asistiendo a un nuevo período de los que MONTSERRAT ESTEVE llamaría de "Decadencia Pendular". La Escuela de Nancy lleva a cabo una reforma conceptual, atribuyendo la esencia del proceso a la "Auto-sugestión", sin la cual la Sugestión, a solas, no sería posible. COUE escribe: "¿Qué es la Sugestión? La podemos definir como la acción de imponer una idea en el cerebro de una persona. Pero la sugestión no existe por ella misma; su posibilidad de existencia radica en la condición *sine qua non* de transformarse en el sujeto en AUTOSUGESTIÓN. Definimos la AUTOSUGESTIÓN como la implantación de una idea en sí mismo por sí mismo." Como se sabe COUE concede a la IMAGINACIÓN toda la responsabilidad del proceso autosugestivo y le otorga prioridad sobre todas las cualidades psíquicas: "La voluntad no es la primera facultad del hombre sino la imaginación."

Empieza entonces a tenerse en cuenta la personalidad del sujeto que recibe la *sugestión,* de acuerdo a los conocimientos del momento.

Aparecen las concepciones de la Escuela Pavloviana que establece el postulado del SEGUNDO SISTEMA DE SEÑALES, subrayando la importancia de la acción verbal sobre los mecanismos neurofisiológicos, otorgando a la palabra el carácter de "factor fisiológico y terapéutico" (PLATONOV).

Consideramos importante destacar que, aun dentro de las concepciones mecanicistas de la Escuela Pavloviana, se establece una marcada diferencia entre los fenómenos de la conciencia en los animales y en el hombre. La conciencia, dice SLUCHEVSKI, "diferencia al hombre de los animales, y esta diferencia viene condicionada, en primer lugar, por la existencia en el hombre del

segundo sistema de señales, el cual infunde a todas las formas de la actividad refleja unas cualidades superiores que no existen en los animales".

KOROTKIN y SUSLOVA, realizan un análisis fisiológico del mecanismo nervioso de acción de la sugestión en la Hipnosis, durante la cual faltarían los estimuladores condicionados e incondicionados. "Nosotros hemos mostrado — dicen — que la sugestión en la hipnosis, al faltar los estimuladores condicionados o incondicionados, conduce a la inhibición de los reflejos suscitados por dichos estimuladores. También ha quedado en claro que la mencionada inhibición se lleva a cabo por el mecanismo de la conexión nerviosa temporaria. En este caso, el estimulador «expulsado» por la sugestión adquiere las peculiaridades de una inhibición condicionada. Una serie de hechos han permitido, a la vez, plantear el siguiente problema: estos estimuladores inhibitorios, junto con la acción inhibitoria en relación con unas funciones, ¿no siguen conservando el anterior valor de señalamiento respecto de algunas otras funciones?"

La concepción pavloviana acerca del poder de la sugestión durante el estado hipnótico, al atribuir a ésta un poder extraordinario, puso en tela de juicio el principio de libertad que, como se sabe, se conserva aún en los estados más profundos.

Actualmente, las dificultades planteadas por el mosaico de hechos que venimos comentando, ya no son las mismas. Las cosas han cambiado gracias a los modernos conocimientos neurofisiológicos, a las inmensas perspectivas abiertas por la Fenomenología y a la aparición de nuevas Escuelas Científicas.

La acción bicarriante entre el *sistema inhibidor telencefálico* y el *sistema reticular,* subrayada por la neurofisiología moderna, abre nuevas perspectivas de estudio para el conocimiento neurofisiológico de los mecanismos inherentes a las diferentes formas de sugestión.

La Escuela Cibernética y su aproximación al estudio de la conciencia, aporta asimismo concepciones de vanguardia para futuras investigaciones. Los trabajos de MONTSERRAT ESTEVE, con relación a la regulación cibernética de los niveles de conciencia merecen especial mención en tal sentido.

La hipótesis propuesta por nosotros, que permite diferenciar el concepto de NIVELES y ESTADOS de la conciencia, separando los ordinarios de los patológicos y éstos de los sofrónicos, permite, a nuestro entender, catalogar una serie de observaciones realizadas por diferentes investigadores y escuelas.

BARRAQUER BORDAS, recientemente, llama la atención sobre los diferentes niveles o fases del sueño natural. Sus investigaciones acerca de la Fase Paradójica le conducen a considerar que se abre "una ventana hacia la neurofisiología del inconsciente".

Dentro de esta *nueva actitud* pensamos que es conveniente diferenciar claramente lo que entendemos por sugestión en Sofrología. Subrayando que

nuestras opiniones tienen carácter de *hipótesis* y no de *tesis* encontrándose, por tanto, sujetas a un proceso de comprobación.

Para mayor facilidad en el trabajo, intentaremos separar conceptualmente, lo que queremos decir cuando empleamos el término de *sugestión* y lo que queremos decir cuando hablamos de *Terpnos Logos.*

EL TERPNOS LOGOS

KRETSCHMER define la sugestión de la siguiente manera: "Entendemos por sugestión la transmisión de sensaciones, representaciones y, especialmente, impulsos volitivos, *no mediante la persuasión razonada,* sino valiéndose de estímulos directos."

El *Terpnos Logos,* sería lo mismo, pero valiéndose de la *persuasión razonada.* Claro está que en éste existen ineludiblemente elementos sugestivos, pero si tenemos presente el concepto de "sugestión pura", obtendremos un punto de referencia para fijar nuestras concepciones.

Tampoco debemos confundir todo tipo de "persuasión razonada" con el *Terpnos Logos.* Es necesario que éste se emplee con intencionalidad sofrológica. Es decir, que sea dirigido a la conciencia con el objeto de actuar sofrológicamente sobre ella. *Entendemos por* Terpnos Logos *el lenguaje persuasivo, utilizado en Sofrología con ánimo de influir favorablemente sobre la conciencia.*

Ahora bien, la modificación de la conciencia no depende exclusivamente del *Terpnos Logos,* sino de las cualidades personales de quien lo recibe.

Teniendo en cuenta la diferencia que establecemos entre NIVELES y ESTADOS de conciencia; el *Terpnos Logos* favorecería inicialmente la modificación de los niveles.

Los niveles de la conciencia pueden, como ya hemos comentado, modificarse en *sentido ascendente* o *descendente;* y el *Terpnos Logos* puede actuar en las dos direcciones, aunque la mayoría de las veces lo haría descendentemente.

Dichas modificaciones de nivel no implican necesariamente la existencia del Estado Sofrónico pero sí favorecen su producción. Pueden ser un *camino* importante para obtenerlo.

Parecen existir *elementos* psicológicos de la conciencia que participarían de manera especial en las modificaciones iniciales obtenidas mediante el *Terpnos Logos.* Dichos "elementos" o cualidades serían: 1.º, la *atención;* 2.º, la *comprensión,* y 3.º, la *capacidad asociativa.* Se observa que en los estados patológicos de la conciencia, o cuando por otras razones dichos elementos se encuentran alterados, la acción del *Terpnos Logos* se ve disminuida o inutilizada.

Como ejemplo de modificaciones de nivel, en sentido *ascendente* tenemos el caso de las personas que asisten a la conferencia de un buen orador o expositor, en la que se produce una modificación de conciencia que no podemos calificar como *descenso de nivel;* por el contrario, existiría una acción ascendente, donde entran en juego la atención, la comprensión y la capacidad asociativa.

Como ejemplo de modificaciones autógenas del nivel de la conciencia, en sentido ascendente, tendríamos al intelectual que *absorto* en sus investigaciones pasa horas y horas *concentrado* en su trabajo, sin *darse cuenta* del tiempo transcurrido. En dicho proceso también entran en juego las cualidades de la conciencia antes mencionadas.

Como vemos, el *Terpnos Logos* no actuaría necesariamente en sentido descendente sobre los niveles de la conciencia.

Parece ser que la producción de estados sofrónicos puros, se vería favorecida por los cambios de nivel, tanto en sentido descendente como ascendente.

Parece ser, asimismo, que la acción del *Terpnos Logos* se encuentra en relación con los mismos niveles de la conciencia. Si una persona, por ejemplo, está *al borde del sueño* la comprensión está disminuida, la atención adquiere una categoría especialmente pasiva y la capacidad de asociación se desarrolla en planos menos racionales.

Por otra parte, la acción del *Terpnos Logos* dependería del ESTADO, o los estados, de la conciencia. La reacción de la *conciencia patológica,* por ejemplo, tiene cualidades especiales. A título ilustrativo recordemos lo que pasa con la Histeria y la Catatonía esquizofrénica.

La experiencia nos ha demostrado que las histéricas, o los histéricos, son poco o nada sofronizables. Nuestras observaciones contrastan con la opinión de los hipnotizadores influenciados por la vieja escuela charcotiana que, como se sabe, identificaban la hipnosis con la histeria. Sin embargo, la reacción *actual* de la conciencia de los histéricos, frente a las técnicas sofrológicas es muy especial.

Parece ser que la histeria se transforma de acuerdo a las épocas y circunstancias, dando lugar a no pocas desfiguraciones conceptuales cuando se la toma como punto de referencia para la investigación de los fenómenos de la conciencia. Refiriéndose a la *célebre* disociación de la conciencia del histérico, LÓPEZ IBOR escribe: "No existen hoy día los casos de doble personalidad que llenan las páginas de las novelas y de algunos estudios psicológicos... En mi vida profesional no he visto más que un caso... ¿Por qué no existen ahora las dobles personalidades que con tanta frecuencia se daban antes? Por una razón muy sencilla: *porque no se las cultiva.*"

No podemos extendernos aquí en la descripción de las diferentes modalidades de reacción de los estados patológicos de la conciencia, frente a intentos

de acción sofrónica. El estudio de estas reacciones sería un tema interesante para la investigación. En Psiquiatría se conocen bien, por ejemplo, las actitudes de los *catatónicos,* bien negativistas, bien de *obedeciencia serea* donde el cuerpo permanece en la postura que se le imprime.

Otro campo de investigación sería el de los estados producidos por agentes tóxicos o químicos. Son conocidos, por ejemplo, las particulares formas de reacción de la conciencia durante los cuadros de Delirium Tremens. En las situaciones experimentales o terapéuticas por el empleo de fármacos se aprecian, asimismo, diferentes modalidades de respuesta.

Ya hemos comentado cómo los griegos de la antigüedad clásica, llamaban *Terpnos Logos* a una de las formas de acción verbal, utilizadas con intención curativa. Ellos diferenciaban esta modalidad de otras formas menos racionales. Nosotros hemos *exhumado* para los conceptos sofrológicos, no solamente el nombre sino también su actitud selectiva.

SUGESTIÓN

Hemos transcrito la definición de KRETSCHMER sobre la *sugestión* y hemos intentado establecer las diferencias de ésta con nuestros conceptos en relación con el *Terpnos Logos.* Dentro de la *sugestión* propiamente dicha, o la *sugestión pura,* se incluiría la amplia gama de sensaciones, representaciones e impulsos volitivos, transmitidos mediante estímulos no razonados.

Elementos sugestivos se mezclan, en mayor o menor grado con el *Terpnos Logos,* como ya está dicho, pero el *Terpnos Logos* no estaría implícito, necesariamente, dentro de la *Sugestión pura.*

Como ejemplo de *Sugestión pura,* tendríamos la llamada *Sugestión Subliminal,* en que las sensaciones y representaciones son transmitidas a la conciencia, sin participación racional. Estas representaciones actúan sobre los impulsos volitivos a través de sensaciones primarias no elaboradas en los planos altos de la conciencia.

El campo de la *Sugestión Subliminal* es extremadamente rico en matices y constituye, posiblemente, la forma más corriente de sugestión. Los fenómenos de las grandes aglomeraciones (*sugestión por contagio*), elementos inherentes a la *moda,* las epidemias de convulsivantes y danzantes, etc., implican mecanismos que accionan sobre los impulsos volitivos, los cuales escapan a la elaboración consciente.

Estas sensaciones e impulsos primarios a menudo movilizan cargas emocionales e instintivas, lo cual es utilizado frecuentemente al servicio de la propaganda (Sugestión Asociativa) no siendo éste el momento de enjuiciar la licitud del procedimiento.

Se han realizado experiencias para demostrar la posibilidad de *manejar* la sugestión subliminal en otras direcciones. Son conocidas, por ejemplo, las experiencias hechas con el empleo de la música que "*cubre*" una sugestión verbal determinada. Se ha demostrado también cómo las representaciones proyectadas durante fracciones de segundo, intercaladas en un *film,* son captadas por la conciencia en forma de sensaciones primarias que actúan sobre los impulsos volitivos.

En muchos países está prohibido el empleo de dichos procedimientos. Creemos que dichas experiencias deben limitarse al terreno experimental en manos de psicólogos expertos, o en manos del médico en el caso que se demostrara cierta utilidad terapéutica. La utilización indiscriminada de este tipo de procedimientos, se prestaría a que fuesen aplicados con fines políticos, publicitarios, etc., con los peligros consecuentes.

Son muy variadas las formas de *sugestión pura* y de *sugestión asociada.* Su consideración aquí, alargaría extraordinariamente estos comentarios. Sin embargo, quisiéramos mencionar otro tipo de *sugestión pura.* Se trata de los recientes trabajos sobre el procedimiento conocido con el nombre de *Hipnopedia,* consistente en el empleo de la sugestión verbal durante el sueño. Se utiliza un magnetofón especial, con reloj incorporado que le permite ponerse en marcha y detenerse automáticamente en distintos momentos de la noche.

Hasta ahora se viene experimentando este sistema en Estados Unidos, Rusia, Francia, etc., y recientemente en España, con fines pedagógicos.

Nosotros hemos comenzado, en el Centro de Sofrología Médica de Barcelona, a utilizar experimentalmente este sistema con fines terapéuticos. Un niño enurético, no sofronizable, que por diferentes motivos planteaba dificultades de tratamiento, curó de su enuresis en menos de diez días, empleando sugerencias registradas por nosotros en un aparato de este tipo, que la madre le hacía escuchar durante el sueño, noches alternas.

Este y otros casos, principalmente observados en niños y en personas difíciles de sofronizar, han motivado el comienzo de una investigación en el Hospital Clínico, con la finalidad de estudiar las posibilidades terapéuticas de este sistema de *Sugestión pura* durante el sueño.

Dentro de la *Sugestión Asociada,* podemos incluir los sistemas médicos llamados *terapéuticas sugestivas.* Nosotros distinguimos dos tipos de Placebos:

a) Llamamos *Placebo Activo* (P. A.) a la acción buscada mediante fármacos activos, de gran tolerancia, como los vasodilatadores selectivos, etc., que no tienen valor específico sobre la afección tratada. En este apartado incluimos también diferentes maniobras y aparatos como la aplicación de corrientes farádicas, etc.

b) Llamamos *Placebo Pasivo* (P. P.) las sustancias neutras comúnmente utilizadas en la investigación y conocidas bajo el nombre de *Placebo.* Como

se sabe son de tolerancia absoluta y carecen de acción farmacológica. Le llamamos *Placebo Pasivo,* para *diferenciarlo del Placebo Activo.*

RITMO DEL SUEÑO Y DESÓRDENES SEXUALES

No es nuestra intención abordar aquí el extenso capítulo de las indicaciones y contraindicaciones de la Sofroterapia en general. Ello es tema a tratar por cada especialista de acuerdo a su práctica y observaciones. En este Symposium participan diferentes especialistas españoles que aportan su experiencia y resultados clínicos, obtenidos mediante terapéuticas Sofrológicas.

Quisiéramos solamente llamar la atención sobre un hecho clínico que parece lógico si tenemos presente que los métodos sofrónicos, como venimos comentando, actúan de manera favorable y reguladora sobre los niveles de la conciencia. Se trata de los buenos resultados que dichos procedimientos obtienen, sobre determinadas alteraciones del ritmo del sueño y sobre ciertos desórdenes sexuales.

Para nosotros, el sueño se integraría en la línea de los *niveles* de la conciencia, que de manera dinámica, cíclica y natural, oscilan a través de toda la existencia del hombre condicionando el ritmo vital vigilia-sueño. Este *ritmo vital* puede verse alterado por muchas razones psicofísicas, y es un síntoma que en nuestra especialidad suele acompañar a la gran mayoría de nuestros pacientes.

La práctica diaria de la Sofroterapia, nos demuestra que en los casos donde estos métodos son aplicables (los psicóticos y neuróticos graves no son sofronizables) una de las primeras manifestaciones de la mejoría del enfermo, suele ser la normalización de su *ritmo de sueño.* Esto a veces se produce espontáneamente; es decir, sin que se den indicaciones en tal sentido. Como si la acción ansiolítica de la sofronización misma, reforzara el tono de la conciencia y favoreciera su ritmo natural.

En algunos desórdenes sexuales de carácter psicosomático reactivo, suele pasar lo mismo, lográndose una respuesta rápida, a veces espectacular, mediante la acción sofroterápica, bien con la producción de estados profundos mediante el *Terpnos Logos,* bien mediante terapéuticas de carácter sugestivo. Hemos observado mejorías y remisiones en impotentes con varios años de evolución, y modificaciones favorables en otras alteraciones sexuales, tales como homosexualidad, erotomanía, etc.

La mujer puede beneficiarse terapéuticamente en casos de frigidez, vaginismo — J. M. DEXEUS comunica buenos resultados sofroterápicos mediante una técnica personal en el vaginismo — alteraciones menstruales, etc. En el campo profiláctico, posiblemente una de las mayores indicaciones estaría

en la prevención de la *congestión pelviana,* mediante el empleo de las técnicas de relajación.

Existe una íntima relación entre la esfera sexual y los niveles de la conciencia. Una detenida observación de los casos, pone de manifiesto que las alteraciones de la conciencia, conllevan siempre alteraciones de la sexualidad.

Claro está que el éxito de la Sofroterapia, como el de cualquier otro tipo de terapéutica, depende de dos factores: el conocimiento del método y la indicación correcta.

El terpnos logos

y los Mecanismos Neurofisiológicos de la acción verbal sobre la conciencia

R. PUNCERNAU

La palabra "terpnos logos" es un neologismo propuesto para su empleo en Sofrología por el Doctor CAYCEDO, quien lo revivió del arsenal histórico de la Grecia clásica.

Pueden distinguirse tres maneras distintas de cómo era empleada la palabra en la antigua Grecia:

a) como ensalmo mágico: *epa oide;*

b) como plegaria: *euke;*

c) como decir placentero, a lo que denominaban "terpnos logos".

El "terpnos logos" o decir placentero había sido propuesto para su aplicación terapéutica en Medicina.

Platón, refiriéndose al ensalmo (que de alguna manera había sido asociado al "terpnos logos"), lo llama *logos kalos* (bello discurso), cuando esta palabra produce en el alma *sophrosyne* (*sos,* tranquilidad; *phrenos,* cerebro).

Actualmente el concepto de "terpnos logos", exhumado por CAYCEDO, se ha cargado de contenido para la Sofrología.

I

RACIOCINIO, PERSUASIÓN, SUGESTIÓN

La influencia psicológica sobre los demás puede ejercerse en el estrato consciente. Es decir lo que desde un punto de vista neurológico sería el cere-

bro superior a través de la inteligencia. O sobre el subconsciente. Es decir, el cerebro profundo, substrato orgánico, de los sentimientos, afectos y emociones.

La primera forma de proceder la llamamos argumentación o raciocinio. A la segunda manera de influir, sugestión.

Esta sugestión puede ser de dos clases, sugestión vigil o sugestión en estado no vigil.

Como ejemplo de la primera, hay un tipo de propaganda que pasa subrepticiamente hacia nuestro subconsciente. En el mundo de los negocios. Las agencias de los periódicos. El cine, la radio, la televisión.

Las preferencias se deciden muchas veces por factores de los que el hombre no tiene consciencia. Se explota el narcisismo. El sentido del placer y de la culpa. La sexualidad. El oculto deseo de poder y de categoría. Incluso el impacto emotivo de la imagen materna o paterna.

Como ejemplo de la segunda, la sugestión en estado sofrónico más o menos profundo.

Pero hay un tercer medio de influencia sobre la personalidad de los demás, que está situado entre los dos anteriores. Nosotros llamaríamos a este tercer medio persuasión.

La persuasión sería, a nuestro parecer, raciocinio más sugestión.

En los diccionarios consultados y en la propia etimología de la palabra (del latín *per,* insistencia; y *suadere,* exhortar), se define la palabra persuasión como la manera de "convencer insistentemente con raciocinios".

Sin embargo, desde un punto de vista ideológico, no creemos que éste sea el sentido que el uso corriente ha aceptado de la palabra persuasión. Nosotros decimos, por ejemplo, cuando queremos que se vaya en contra de las opiniones de otros, *discutir o refutar.* Cuando nos interesa "una forma de proceder especial", en el sentido que vamos a explicar, decimos *disuadir.* La palabra disuadir sería la contraria de *persuadir.* El persuadir, ideológicamente va ligado también al seducir, al atraer. Hay unas expresiones ligadas a la persuasión, como "palabritas mansas", "de una manera blanda", "a media palabra", muy significativas.

Por lo tanto nosotros creemos que podemos aceptar, para nuestro propósito, esta imagen ideal de la palabra persuasión, que no sería solamente "convencer con raciocinios".

Por otra parte, no hemos encontrado en la lengua española otra palabra que quiera significar esta forma de proceder entre raciocinio y sugestión, tomando parte de ambas.

La persuasión sería, pues, un medio de influenciar la conducta, por el lenguaje y la palabra, en el que se tendría en cuenta las emociones, los afectos y los sentimientos y, también, el raciocinio intelectual.

En la persuasión no se pueden separar prácticamente estos elementos. Cuando intentamos "convencer con raciocinios", sin proponérnoslo, ya sugestionamos. Porque en ello tiene influencia el mirar y el sonreír, el tono de nuestra voz, la actitud y la mímica, las pausas de silencio.

Todo ello es modulado constantemente por influjos tónicos que surgen de nuestro subconsciente, en relación con el gran sistema de la vida afectiva que es el cerebro profundo. Tiene esta influencia el carácter de algo involuntario, pero poderoso, y persiste en cada individuo con su estilo propio y, aunque sujeto a variaciones más o menos extensas, le distingue de los demás. Le imprime carácter. Esto no es magia, sino pura psicología profunda.

El "terpnos logos" que usamos en sofroterapia, estaría situado pues, a nuestra manera de ver, en esta línea de la persuasión. Si tuviéramos que dar una definición sobre el "terpnos logos", diríamos que "es el *decir persuasivo,* de una forma suave, dulce y monótona, la *palabra placentera,* que sosiega, que da calma, serenidad y confianza".

II

LA COMUNICACIÓN INTERHUMANA

El lenguaje en general, la palabra en particular, tienen, como hemos dicho, un sentido cognitivo y un sentido emotivo. Se puede dividir en una parte expresiva, una parte fonética y una parte semántica.

Por ejemplo, hay métodos de inducción sofrónica, no verbales. De todos son conocidos los métodos que podríamos llamar "mímicos" o lenguaje de los gestos. Los métodos de fijación visual. Los métodos auditivos e, incluso, los métodos musicales. MEARES describe una técnica de sofronización basada en la comunicación personal, pero en la comunicación no verbal. Es interesante también en este sentido las experiencias de ALFREDO ISASI, de sofronización en sordomudos.

La comunicación constituye realmente una facultad fundamental, poseída, en parte, por toda la serie animal, hasta las formas más inferiores. Sin embargo, de las tres funciones más importantes del lenguaje "la función de llamada", "la función de expresión" y "la función de representación", esta última sería la que tendría un carácter especialmente humano. El animal, por lo tanto, no sería capaz de entender la relación intencional del lenguaje. Es decir, carecería de relación de sentido. Es decir, carecería de relación semántica.

La semántica como ciencia estudia el valor del significado de las palabras, con especial atención a su relación con los símbolos y los signos. Ésta es en realidad la función básica del lenguaje, de la palabra. Incluso desde un punto

de vista etimológico, como hace notar PIULACHS, la palabra se deriva de "phoné semantiké".

El lenguaje no es sólo palabra en el sentido estricto de la misma, sino que es todo aquello que puede ponernos en comunicación e influir en esta comunicación. Así forman parte del lenguaje, como hemos dicho, el tono, la intensidad, el matiz, la expresión, el gesto, los silencios.

Es importante en sofrología la unión de la parte intelectual de nuestro lenguaje y nuestra palabra, con todas aquellas gamas expresivas, de sentimiento, de afectividad, de emoción, de transferencia amorosa que la moldean y la envuelven.

Ahora bien, desde un punto de vista neurofisiológico, el valor semántico de las palabras tiene un gran interés. Se puede enfocar este estudio desde un punto de vista reflexológico siguiendo a la escuela de PAVLOV y los estudios de PLATONOV y colaboradores. Y aunque no todo lo expuesto por estos investigadores ha sobrevivido con la misma solidez a la comprobación científica y práctica, la mayoría de experiencias fundamentales han sido aceptadas por la mayoría de los científicos.

Además del estudio de los reflejos condicionados, también dedicaremos nuestra atención a los modernos estudios sobre la memoria, que nosotros creemos que van a tener una importancia considerable en su relación con los reflejos condicionados y en su relación con la comunicación interhumana.

III

REFLEJOS INCONDICIONADOS Y CONDICIONADOS

PAVLOV comprobó experimentando en animales, principalmente en perros, dos clases de reflejos. Unos a los que llamó reflejos incondicionados, que también se podrían llamar instintivos o congénitos. Otros, los reflejos condicionados, adquiridos, o temporales.

Los primeros, los reflejos incondicionados, son importantes, pues aseguran por una parte la continuidad del individuo: reflejo de alimentación, reflejo de defensa, necesidad de actividad, etc. y por otra, la continuidad de la especie: reflejos de tipo sexual. Estos reflejos están fuertemente anclados, estables y persistentes.

Los segundos, los reflejos condicionados, son adquiridos y no son de la especie en general, sino del individuo. Son inestables y están basados en conexiones nerviosas de tipo temporal.

En los reflejos incondicionados la conexión nerviosa entre el estímulo y la respuesta se haría a través de vías preestablecidas. En los reflejos condicionados, en cambio, como hemos dicho, la conexión nerviosa sería temporal y

exigiría nuevas vías. El córtex cerebral, los hemisferios, como dice PAVLOV, serían el asiento de la formación de estas nuevas conexiones. En la actualidad, sin embargo, se acepta que la corteza cerebral no es absolutamente necesaria para la fijación de un reflejo condicionado.

En el ejemplo del perro que segrega saliva al mostrarle un trozo de carne, y condicionado, por ejemplo, al sonar una campana, se crearía, según PAVLOV, un nuevo arco nervioso reflejo que conectaría el centro auditivo con el centro de la salivación. Debido a esta nueva conexión refleja, el estímulo de la campana en el centro auditivo cortical, excitaría el centro de la salivación con el cual ha sido conectado, incluso en ausencia del estímulo incondicionado que sería la alimentación con la carne.

Esta conexión entre ambas zonas cerebrales plantea, como dice LERNER, un problema a la fisiología pavloviana: ¿cómo se haría en el tejido nervioso cerebral esta conexión?

LE NY se pregunta: ¿qué es exactamente un reflejo condicionado, dónde, cómo y cuándo se fija y funciona? Nosotros pensamos que quizá las modernas investigaciones sobre la memoria pueden abrir un camino a estas cuestiones.

PAVLOV obtuvo, sin embargo, unas condiciones ideales para la producción de los reflejos condicionados (o condicionables) mediante lo que se ha llamado "la torre del silencio" y el método de las fístulas digestivas.

La "torre del silencio" es un ambiente especial, en el que el animal puede ser rigurosamente aislado de todo estímulo, al igual que en las experiencias de privación sensorial.

Las fístulas gástricas o salivales permiten, por otra parte, el control exacto de las respuestas reflejas, por medio de la verificación de la cantidad, calidad, tiempo, etc. de la secreción obtenida.

Es evidente que con estos métodos se podían crear experimentalmente los reflejos condicionados aislados y crear reflejos condicionados simples. Pero en el medio natural, con su variada riqueza de estímulos o de información recibida, en el lenguaje cibernético, se crean reflejos condicionados de segundo, tercero y cuarto grado. Los reflejos condicionados al repetirse sistemáticamente en cada generación, podrían volverse incondicionados, estables, transmisibles por herencia y entonces hacerse mucho más fuertes y poderosos.

A pesar de que PAVLOV dice que en los animales superiores y especialmente en el hombre casi no hay reflejos incondicionados puros, por las razones expuestas, sin embargo, como hemos dicho, hay en el hombre una categoría congénita propia de reflejos incondicionados absolutos, estables y de una fuerza superior.

Si pensamos en las condiciones que son necesarias para la creación de un reflejo condicionado, como que el estímulo condicionado preceda siempre al absoluto, que se repita muchas veces, que una vez establecido se refuerce de

vez en cuando, y que no haya otro estímulo condicionado que interfiera, nos damos cuenta de la relativa fragilidad de esta clase de reflejos condicionados adquiridos.

Cuando el estímulo indiferente adquiere carácter de condicionado se denomina señal, porque substituye o señala al estímulo incondicionado. Cuando un grupo de señales del medio se repiten, dichas señales pueden asociarse, creando reflejos condicionados en cadena o agrupaciones funcionales, a los que la escuela pavloviana llama "estereotipos dinámicos".

Esta cadena puede ser puesta en acción por una sola de las señales que han intervenido en su formación. Al conjunto de señales emanadas del medio interno o del ambiente y comunes al hombre y animales, se les llama *primer sistema de señales.*

Ahora bien, en el hombre hay un *segundo sistema de señales,* constituido por la palabra, la cual se puede convertir en un estímulo tan real como la cosa que representa, y con facilidad puede poner en marcha cualquier agrupación funcional o "estereotipo dinámico". El segundo sistema de señalización pues, propio del hombre, es la *palabra.*

IV

LA PALABRA COMO REFLEJO CONDICIONADO

La palabra como estímulo condicionante, como hemos dicho, actúa en tres planos: 1.º, como estímulo sonoro; 2.º, como expresión; 3.º, como valor de sentido. Sin embargo, los tres pueden tener un valor de sentido, un valor semántico.

El lenguaje, la palabra, realmente pueden originar reacciones neurofisiológicas que corresponden a su valor semántico.

Fenómenos que no se pueden provocar voluntariamente, se pueden provocar gracias al influjo de la palabra o del lenguaje en su sentido más amplio.

Desde un punto de vista reflexológico, PLATONOV habla de la posibilidad de influir mediante la palabra sobre una serie de funciones psiconeurológicas. Así menciona la acción de la palabra sobre la función conectora. Es decir, sería posible modificar conexiones anteriormente bien condicionadas, mediante el influjo de la palabra. En estado sofrónico, aunque sea ligero, esta influencia es mayor. Basta una ligera disminución del tono cortical para que surja la llamada relación paradójica de fuerzas, que determina una mayor eficacia sugestiva.

Mientras que en estado de vigilia, cuando el tono de la corteza cerebral es normal, el grado de excitabilidad de las células corticales corresponde a la intensidad del estímulo, en los estados sofrónicos esta relación se altera. Pri-

mero se produce una similitud de reacción tanto en los estímulos fuertes como en los débiles. Después esta reacción se cambia de sentido (esto es a lo que se llama fase paradójica) y los estímulos débiles dan reacciones más fuertes que los intensos. Puede llegar un momento, si la profundidad del estado sofrónico aumenta, en que incluso haya un cambio en los propios reflejos condicionados y así los estímulos positivos den una reacción negativa y al revés (esto es a lo que se llama fase ultraparadójica).

Según las teorías de la escuela reflexológica, la mayor debilidad cortical y falta de tono, condicionaría una mayor facilidad para entrar en estado sofrónico. Sin embargo, esta idea parece contradecirse, con la mayor facilidad y profundidad de los estados sofrónicos en las personas cultivadas y de gran desarrollo intelectual.

Otra función que podría alterarse por la acción de la palabra es la llamada función analítica sensitiva. Ésta podría disminuirse notablemente e incluso abolirse. Éste sería el caso, por ejemplo, de la abolición de la sensibilidad dolorosa.

Asimismo se pueden provocar cambios contrapuestos en las reacciones fisiológicas. Por ejemplo, dormirse a los golpes de un martillo.

La influencia de la palabra sobre la dinámica cerebral, sobre los procesos de excitación e inhibición pavlovianos y su mutua correlación, puede ser muy extensa, con una beneficiosa influencia por parte del médico sobre múltiples procesos, incluso procesos de tipo claramente neurótico.

Asimismo se puede conseguir la reavivación de recuerdos o regresión, y la creación de ilusiones y de alucinaciones.

La corteza cerebral no solamente recibe los estímulos externos, sino los internos. Se relaciona con el cerebro profundo y de aquí su influencia sobre el sistema emotivo-endocrino-vegetativo de todo el resto del organismo. El camino que la palabra emprende desde su recepción, comprensión y elaboración en la corteza cerebral puede llegar muy lejos en su acción sobre el resto del organismo. Muy lejos y con una gran eficacia.

A su vez el cerebro profundo influye sobre la corteza cerebral y esta interrelación es constante y puede ser alterada mediante el estímulo condicionado que puede ser la palabra.

La palabra que es para el hombre un estímulo condicionado omnímodo, se combina con los diversos estímulos del primer sistema de señalización.

Precisamente las relaciones condicionadas del segundo sistema de señalización, se forman sobre la base material del primer sistema de señalización estudiado. Las leyes que rigen en el primer sistema, son las mismas que rigen para el segundo sistema de señalización.

V

PALABRA Y FUNCIÓN MNÉSICA

Los recientes estudios que se han hecho sobre la memoria, aportan, a nuestro entender, nueva luz al problema de los reflejos condicionados. En realidad el problema de los reflejos condicionados es un problema básicamente de memoria.

Para los pavlovianos, como dice CAMERON, la presunción de que la memoria está almacenada en áreas de asociación, sirve solamente para completar la estructura de su teoría.

No es posible actualmente demostrar una localización específica de la memoria en ninguna parte del cerebro. Las áreas de asociación no son almacenes de la memoria.

En su actividad intervienen varios sistemas funcionales. De una parte funciona como sistema de conducción el hipocampo-fórnix-cuerpos mamilares. Actuaría como regulador el sistema reticular activador ascendente. Las conexiones fronto-talámicas o hipotalámicas desempeñarían un importante papel. Finalmente, el córtex cerebral donde asientan los soportes de nuestras actividades de percepción y de expresión.

Todas estas estructuras mencionadas tienen importancia en el mecanismo de puesta en marcha de la memoria y de la evocación. Este tema ya ha sido tratado en este Symposium con mayor extensión, por lo que sólo destacaremos algunos hechos que tienen interés en relación con nuestro tema (ver tema de BARRAQUER-BORDAS).

Aparte de estos grandes sistemas macroscópicos, hay que estudiar la existencia en la neurona de hechos en los que podamos encontrar el anclaje de los fenómenos de la memoria.

Según los estudios actuales, más que un almacenaje de la memoria, habría un patrón de ondas de excitación y las neuronas vendrían a ser sensibilizadas para reaccionar en según qué combinaciones. Estos procesos estarían siempre activos, pero no siempre se harían conscientes.

Es un hecho importante la tendencia de las células nerviosas a repetir unos patrones de actividad y a formar redes distributivas que se repiten siempre que es posible. La información codificada como impulso nervioso, podría circular en forma de espiral sin fin hasta el momento en que se necesitase.

Según BARBIZET se establecería una serie de metacircuitos formando parte de lo que él llama una estimulación final común y en el que el papel de la repetición tendría una gran importancia.

En la búsqueda de esta base, a escala microscópica, se ha intentado en-

contrar este substrato de la memoria desde un punto de vista histológico, sin que se hayan hallado hasta hoy datos suficientemente interesantes.

Se han hecho también estudios de la actividad neuroeléctrica del sistema nervioso y ellos ya han dado datos más importantes. Desde el hecho conocido que una excitación subliminar hecha en una motoneurona medular no da ninguna postdescarga, pero una segunda estimulación subliminar poco después, desencadena la descarga neuronal, en la que la célula nerviosa ha sido capaz de memoria, hasta la potenciación post-tetánica de Larrabe y Bron o el trazado eléctrico que persiste después de la desaparición de la causa que le ha dado nacimiento en los focos epileptógenos en espejo, hasta las experiencias de Sherrington y Penfield por estimulación eléctrica del lóbulo temporal consiguiendo evocar "recuerdos especiales" en el paciente consciente, se han dado pasos muy interesantes.

Sin embargo, el interés de los científicos se encamina hoy más bien hacia el campo de la bioquímica, por una serie de hallazgos prometedores que se han hecho en este terreno.

Se atribuye la alteración de la memoria, por ejemplo después de un traumatismo craneal o después de una serie de electrochoques, a la alteración de la síntesis de proteínas en las neuronas cerebrales o en la desaparición de determinados enzimas catalizadores.

B. W. AGRANOFF y colaboradores, de la Universidad de Michigan, han demostrado la existencia de tal relación en experiencias realizadas con pequeños peces *(Carassius auratus)* adiestrados para la realización de ciertas acciones cuya repetición por el animal demostraba la formación de memoria a largo plazo. Con la inyección del antibiótico puromicina quedaba afectada la memoria y el aprendizaje reciente y no en cambio el más lejano, que quedaba conservado. A la larga se conseguía, sin embargo, también un olvido total.

También son interesantes en este sentido bioquímico las experiencias hechas con el gusano Planaria, a los que se enseñaba determinado proceso de memorización, que era mejor aprendido y reproducido por el nuevo Planaria alimentado por el congénere "memorizado" con anterioridad.

Desde un punto de vista bioquímico, la presencia de proteínas en los cromosomas de las células neuronales, como el ácido desoxirribonucleico, el ribonucleico, las histonas, las protaminas, distintos tipos de protaminas especiales, tendrían un importante papel en estos procesos. KATZ y HALSTEAD establecieron el concepto de que las neuronas envueltas en el proceso de la memoria, se vuelven completamente funcionales solamente después de cambios estructurales químicos en sus proteínas del tipo del ácido ribonucleico.

Podríamos decir que el ácido desoxirribonucleico sería el portador del código genético y del código de la memoria. El ácido ribonucleico, de los cambios de la misma.

Dejando aparte estos temas tan interesantes que ya han sido tratados,

como hemos dicho, en otro tema del Symposium, a nosotros nos interesa la cuestión de saber cómo estos circuitos privilegiados adquieren significación semántica y cuál es la naturaleza de las relaciones que en el cerebro humano unen, en los circuitos neurónicos, la información y la significación de estas informaciones.

Es evidente que cada uno tiene su propio pasado, sus recuerdos personales, una especie de código en el sentido de asimilar una situación especial común de los fenómenos, situaciones, sentimientos, gestos, símbolos, etc., de manera que la percepción o la idea del uno evoque la idea del otro, es la base misma del lenguaje que hace corresponder tal fenómeno con tal símbolo.

Hay sin duda códigos preestablecidos. Según BARBIZET existe una correspondencia entre una situación exterior y la actividad funcional de una determinada red, soporte a la vez de la percepción, del conocimiento y de la reacción a estas propias situaciones.

Esta red privilegiada, que ellos llaman metacircuito, es específica para cada uno de los aspectos de nuestros conocimientos de una situación determinada. Cada metacircuito está compuesto de un número importante de neuronas, recorridas por el influjo en un orden determinado, en relación con el estado de consciencia que uno está en trance de vivir.

Cada aspecto de nuestra experiencia correspondería a un metacircuito neuronal específico. La repetición, como hemos dicho, jugaría un papel muy importante.

La importancia que en la vida superior del hombre tiene la memoria es capital. Sin memoria, el hombre no hubiera podido alcanzar los actuales niveles intelectuales. Sin memoria, como dijo GRINYÓ, no habría historia ni la posibilidad de transmitir a las generaciones posteriores los conocimientos que se habrían ido adquiriendo.

Pero, lo que es más importante para el tema que nos interesa, sin memoria no habría posibilidad de lenguaje interno, ni de palabra en el sentido propio. Como dice SYMONDS, "es en la naturaleza de los recuerdos, cuando las acciones futuras van a ser decididas". Tiene que haberse elaborado algo antes a través del aprendizaje de los años, para que este segundo sistema de señales pavloviano represente algo, signifique algo, tenga valor. De no existir la memoria, cualquier palabra sería como si fuera pronunciada en un idioma desconocido, y no solamente cualquier palabra, sino cualquier expresión semántica de lenguaje.

VI

LA FACILITACIÓN DE LA COMUNICACIÓN EN EL ACTO SOFRÓNICO

Para llegar a una mejor comprensión entre los respectivos papeles del pensamiento y de la palabra, se debe saber cómo ocurre la comunicación de la información. La comunicación ha sido definida como cualquier proceso que lleva un intercambio de información. Siempre que exista una imbricación de experiencias, como en las relaciones del paciente y el médico, ambos se aceptan, se comprenden y se ajustan, a las comunicaciones mutuas más fácilmente.

Por ello la comunicación efectiva en psicoterapia sofrológica debe utilizar totalmente la capacidad del paciente. Pero ello sólo es totalmente posible si el médico conoce las necesidades y las motivaciones del paciente. Los sofrólogos de experiencia utilizan todos los matices de la comunicación, dándose cuenta de que la racionalidad y el fuerte tono afectivo en la comunicación semántica son extraordinariamente beneficiosos para el enfermo.

Por eso las técnicas de persuasión, desde un punto de vista semántico son, como venimos diciendo, de una extraordinaria importancia. En Medicina a veces hay muy buenos técnicos, pero que resultan muy malos médicos, debido precisamente a esta falta de buena comunicación.

En el libro de PLATONOV sobre "la palabra como factor fisiológico y terapeútico", en el capítulo dedicado a las relaciones médico-enfermo se lee: "si a las primeras conversaciones no se crea una simpatía mutua, es inútil seguir adelante".

Todos los psiconeurólogos han atribuido una gran importancia a la esfera emocional. Es decir, a la relación afectiva necesaria, sin la cual la psicoterapia no puede tener éxito. Sin embargo, no había sido aclarado en qué consistían precisamente estas importantes relaciones y por qué el estado de la esfera emocional del enfermo tiene tanta importancia.

Ahora bien, a nuestro modo de entender, si la esfera emocional en sí no va acompañada de una base sólida de raciocinio, es decir, si desde un punto de vista neurofisiológico el mecanismo del cerebro superior no va acompañado del mecanismo del cerebro profundo y viceversa, la acción de este segundo sistema de señalización por la palabra perderá una gran eficacia, e incluso en algunos momentos puede ser completamente contradictoria.

De esta manera, los reflejos de tipo primario congénito incondicionados pueden convertirse en nuestros aliados o en nuestros enemigos. Persuadir naturalmente es algo muy distinto de discutir. No se trata de vencer, sino de convencer. Hay que procurar pues que estos reflejos primarios incondiciona-

dos, anclados en el subsconsciente, nos faciliten la aceptación de lo que proponemos a la capa superior consciente, es decir, a la inteligencia en su sentido más amplio.

De aquí que hay que procurar no atacar, no excitar en los demás una actividad subjetiva que les obligue subconscientemente a construir sus líneas de defensa.

Hay que actuar pues preferentemente en esta dirección, primero dirigirnos a la capa subconsciente de las emociones, de los afectos, de los sentimientos, donde residen las vivencias de la vitalidad y del yo. Una vez conquistadas éstas, actuar sobre el estrato superior consciente de la inteligencia, para decidir la aceptación de la voluntad ya predispuesta.

De aquí que tenga importancia estudiar a la persona, su temperamento y su carácter, antes de iniciar la terapéutica propuesta.

Hay que tener en cuenta el momento. Hay sentimientos que facilitan la comunicación persuasiva, hay otros que la inhiben. Hay que ponerse además al nivel de la persona a la que se quiere persuadir, sobre la que se quiere actuar con nuestro "terpnos logos" y hablarle en el lenguaje del corazón, que nos entienda fácilmente, que sintonice con nosotros.

Por lo tanto, todo tiene una gran importancia, desde la presentación física hasta, como hemos dicho, la mímica y el gesto, las pausas de silencio, etc.

PLATONOV por ejemplo insiste, y es curioso en un médico de un país socialista, en la importancia del vestido del médico, de la forma de presentarse, de la corrección, del ambiente de que se rodea, porque todo esto forma parte de la comunicación semántica del lenguaje en general.

STOCKVIS y MONTSERRAT hablan de que la sugestividad depende de muchos factores difíciles de precisar. Apariencia del médico, de su comportamiento, de su voz, del ambiente.

También hay que tener en cuenta el impulsar el deseo de curación, el deseo que podríamos llamar de "entrar en acción".

No hemos de ir en contra, sobre todo en personalidades primarias, del instinto del placer. En personas cultivadas este instinto puede estar sublimado o trascendido, pero hay que sortear el peligro de ir en contra del mismo. Respetar asimismo los valores morales y religiosos. Hay que sortear igualmente el peligro de ir en contra del instinto de conservación y evitar enfrentarse contra el egoísmo del yo. No olvidemos el ansia de poder y de notoriedad que se agazapa en lo más recóndito de cada persona.

Valorar en personas cultivadas el ansia de saber y de crear.

Finalmente, por estar un poco a caballo entre estos dos estratos de la inteligencia por un lado y de los afectos por el otro, hay otra forma de actuar que es lo que desde un punto de vista psicoanalítico se ha llamado transferencia, pero que desde un punto de vista general podríamos definir con la palabra "amor". El amor, en el sentido elevado de la palabra, tiene una capaci-

dad persuasiva sobresaliente. El amor, si realmente es verdadero, si el médico ama en el sentido propio de la palabra, su "terpnos logos" tiene entonces una gran eficacia.

Aquí podríamos citar una frase de ROF CARBALLO que creemos muy apropiada para nosotros los médicos, sobre todo para nosotros los sofrólogos: "el semejante no puede ser para nosotros un objeto más en el mundo, sino un ser al que queremos corresponder. Hemos de ir descubriendo que el mundo más próximo para el hombre, es el mundo de su prójimo, el mundo de sus afectos".

VII

ACCIÓN DEL "TERPNOS LOGOS" SOBRE LOS MECANISMOS DE LA CONSCIENCIA

La consciencia no solamente es única, sino que además es continuamente fluctuante, tanto en lo que podríamos llamar sentido horizontal de sus diversas cualidades, como en sentido figuradamente vertical de sus diversas intensidades.

Se puede dividir la consciencia, para una finalidad de investigación y didáctica, en tres partes: 1.ª, los contenidos; 2.ª, los estados, y 3.ª, los niveles.

1.ª Los contenidos de la consciencia estarían formados por toda la serie de imágenes, ideas, pensamientos, fenómenos mnésicos, etc.

2.ª Los estados de consciencia podrían venir definidos por la distinta variación en la calidad de sus parámetros en relación unos con otros.

Aun cuando estos estados de consciencia se imbrican unos con otros, necesitamos una hipótesis de trabajo. A este fin nos parecen muy oportunos los estudios de ROJO SIERRA. Este autor acepta cuatro parámetros en la consciencia. Es evidente que se podrían encontrar otras categorías, pero quizá estos cuatro parámetros sean los más definidos. Son la amplitud, el tono, la claridad y la complejidad. Nosotros creemos, sin embargo, que la complejidad es, en realidad, el contenido de la consciencia que depende, más que de factores internos, de factores externos, como los estudios, la cultura, el ambiente intelectual, etc.

Las variaciones relativas de estos parámetros unos con otros, formarían la base de los distintos estados de consciencia.

Así, por ejemplo, en ciertas psicosis como en la esquizofrenia, se daría una gran disminución del tono de la consciencia. Se daría una consciencia disgregada, hipotónica y ésta sería su principal característica. Las variaciones concomitantes en la amplitud y la claridad darían distintos tipos, desde el hebefrénico al catatónico.

En la manía habría un gran aumento de la amplitud y la claridad, con

una gran disminución del tono como característica predominante. Asimismo en la acción de ciertas drogas como anfetamínicos, psicodislépticos.

El estado sofrónico, en cambio, se caracterizaría por una disminución de la amplitud, un estrechamiento de la consciencia y un aumento del tono. La claridad podría aumentarse en algunos casos de éxtasis místico o en los estados de satori o de samadhi oriental. En otros casos podría ser normal o estar disminuida.

3.ª Los niveles de consciencia serían una variación de los distintos parámetros a la vez. Variaría desde los estados que podríamos llamar de supraconsciencia, pasando por los estados conscientes y preconscientes, a los estados infraconscientes o de consciencia incluso abolida.

Estos distintos niveles, estados y contenidos son, como hemos dicho, fluctuantes y se combinan unos con otros dando las distintas variaciones en cada momento y en cada individuo.

CAYCEDO ha representado este hecho en una gráfica en forma de abanico divergente. La mayor separación en altura representaría el distinto nivel de consciencia en cada momento. En el centro estaría la consciencia normal. A un lado la consciencia patológica y al otro la consciencia sofrónica. El sueño no sería un estado de consciencia, sino que vendría condicionado por un determinado nivel, pudiéndose dar, dentro de un mismo nivel, distintos estados de consciencia y distintos contenidos.

La palabra, especialmente en el sentido de palabra persuasiva, de "terpnos logos" puede influir sobre cada una de estas modalidades de consciencia.

Sobre el contenido de la consciencia, de una manera clara por su significado y sentido directo. Lo hemos tratado al hablar de la palabra como segundo sistema de señalización, suscitando distintos pensamientos, imaginaciones, sensaciones, recuerdos.

Es evidente la acción de la palabra persuasiva, del "terpnos logos", en diversos estados de consciencia. Aquí, además de actuar de una manera directa por la significación, actúa por la expresión del lenguaje, por su fonética y también por su semántica, racional y emocional. De una manera primordial, el "terpnos logos" es el gran vehículo para la inducción sofrónica, muy superior a los medios visuales, solamente auditivos o mecánicos de cualquier tipo. Incluso las experiencias de privación sensorial, que favorecen el estado sofrónico, pueden ser inadecuadas si les falta el apoyo y la guía del "terpnos logos".

Asimismo, en la influencia del "terpnos logos" sobre los niveles de la consciencia. La acción de estímulos verbales, monótonos, débiles, susurrantes, repetidos, conducen al desarrollo progresivo de un cambio de nivel de la consciencia, provocando un estado de inhibición de la corteza cerebral que abarca zonas más o menos extensas.

De la misma manera una estimulación súbita mediante la palabra o su sig-

nificado alertante, conduce casi instantáneamente a un estado de excitación cerebral, o si ésta es demasiado intensa producen una reacción paradójica reflexológica, dando una inhibición profunda motora y sensitiva.

La mejoría mediante el "terpnos logos" de las perturbaciones funcionales de la corteza cerebral, conducen a la normalización de la actividad de los correspondientes órganos y sistemas internos.

Ya hemos dicho también que el factor emocional tiene una importancia esencial para el empleo eficaz de estos métodos psicoterápicos. Los centros profundos relacionados con los estados emocionales se encuentran en conexión con la corteza. Esto conduce a que los centros profundos del cerebro puedan enviar potentes impulsos neurales a la corteza, y viceversa, en una especie de interjuego de excitación y de inhibición.

Los elementos sucesivos de la psicoterapia, según dice PLATONOV, combinados en un orden consecutivo, raciocinios, persuasiones y sugestiones sirven para consolidar el tratamiento.

Los tres modos del lenguaje, raciocinio, sugestión y la persuasión van imbricados no solamente en estado de vigilia, sino igualmente en estado sofrónico. La conjugación de los tres en un "terpnos logos" adecuado hará que nuestra eficacia sofroterápica sea correcta.

BIBLIOGRAFÍA

AGRANOFF, B. W.: "Scientific American", 216, 115, 1967.

ARANGUREN, J. L.: *La comunicación humana.* "Ediciones Guadarrama, S. A.", Madrid, 1967.

BARBIZET, J.: *Le problème du codage cerebral son rôle dans les mecanismes de la memoire.* "Annales M. Psychologiques", 122: núm. 1:1964.

BUNGE, M.: *Antología semántica.* "Ediciones Nueva Visión", Buenos Aires, 1960.

CAYCEDO, A.: *Considerations sur la sophrologie, ses fondements et ses structures.* "II Congrès Français de Sophrologie", Palais des Congrès de Versailles, 28, 29 y 30 septiembre 1968.

CAMERON, E.: *The processes of remembering.* "Brit. J. Psychiat.", 109:325-340:1963.

CRONHOLM, B., y OTTOSSON, G. O.: *The experience of memory function after electroconvulsive therapy.* "Brit. J. Psychiat.", 109:251:1963.

EVANS, J. H.: *Transient loss of memory, an organic mental syndrome.* "Brain", 89:539: 1966.

GRANONE, F.: *Memoria y estados de conciencia.* "Revista Ibero Americana de Sofrología", 4:173:1966.

GRINYO, J.: *Conferencia en el Centro Superior de Investigaciones Científicas.* Barcelona, enero 1969.

GUBEL, I.: *Sofrología.* "Revista Ibero Americana de Sofrología", 4:235:1967.

HAMPSHIRE, S.: *Disposition and memory.* "The International Journal of Psycho-analysis", 43:59:1962.

ISCHLONDSKY, N. E.: *Cerebro y conducta.* "Editorial Paidos", Buenos Aires, 1953.
KROGER, W. S.: *Hipnosis clínica y experimental.* "Editorial Glem, S. A.", Buenos Aires, 1965.
LERNER, M.: *Hipnosis clínica.* "Editorial Médica Panamericana", Buenos Aires, 1964.
MEARES, A.: *Hipnosis médica.* "Editorial Interamericana", Méjico, 1960.
MONTSERRAT, S.; BALLUS, C.; RALLO, E.; SAMSÓ, J.; COSTA, R., y PRAT, J.: *Conciencia y Bessinnung en su correlación con la afectividad.* "Anales Medic.", 48:134:1962.
PAVLOV, I.: *El sueño y la hipnosis.* "Editorial Martínez de Murguia", Buenos Aires, 1959.
PAVLOV, I.: *Reflejos condicionados e inhibiciones.* "Ediciones Península", Barcelona, 1967.
PIULACHS, P.: *La palabra en la ciencia y en la poesía.* "Gráfica Bachs", Barcelona, 1964.
PLATONOV, K.: *La palabra como factor fisiológico y terapéutico.* "Ediciones en lenguas extranjeras", Moscú, 1958.
PUIG ROIG, P.: *El parto sin dolor por medios psicofísicos.* "Anales del Instituto Corachán", 20:41:1968.
ROF CARBALLO, J.: *Cerebro interno y mundo emocional.* "Editorial Labor", Barcelona, 1952.
ROJO SIERRA: *El renacimiento del concepto de consciencia en la Psiquiatría de hoy.* "Folia Neuropsiquiátrica", marzo 1967 y sig.
ROSSI, G. F.: *Nuove considerazioni sui meccanismi fisiopatologici delle variazioni di concienza.* "Minerva Neurochirurgica", 6: núm. 4:1962.
WALKER, E.: *Impairment of memory as a simptom of a focal neurological lesion.* "South Med. Journ.", 50:1.272:1957.
WITTGENSTEIN, L.: *Los cuadernos azul y marrón.* "Editorial Tecnos, S. A.", Madrid, 1968.

IV

LA SOFROTERAPIA
EN

a) OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
b) ODONTOESTOMATOLOGÍA
c) NEUROLOGÍA
d) PEDIATRÍA
e) MEDICINA INTERNA

La Sofroterapia en Ginecología y Obstetricia

J. M. DEXEUS

Posiblemente, es en la Gineco-Obstetricia una de las especialidades en las que la Sofrología ofrece más posibilidades, por el gran contingente de pacientes psicosomáticos que acuden a nuestros consultorios y por el acompañamiento doloroso del acto fisiológico de mayor trascendencia; el parto.

Así lo intuía yo cuando empecé en julio de 1968, el curso que profesaron los Dres. CAYCEDO y MILECHNIN dirigido a médicos. La realidad de la Sofrología se me apareció en todas sus posibilidades cuando vi sofronizados a unos 15 de la veintena de compañeros, que tomábamos parte en el curso.

La misma noche en que lo terminé asistí al parto de una ex-alumna mía, enfermera de Santa Madrona, a la que sofronicé con gran facilidad, para trasladarla en la camilla a la sala de partos y que mantuve en Sofronización mediana, hasta que, para el desprendimiento de la cabeza, le administramos una pequeña dosis de Pentotal.

Con ello entré, sorprendido, en el campo de la sofroterapia. Si aquella paciente sin preparación alguna, en su habitación de la Clínica, en presencia de sus familiares se había sofronizado en breves minutos y no recordaba nada del traslado a la sala de partos y de la hora pasada en ésta, era evidente que también yo podía aplicar este maravilloso recurso, científicamente, en mi práctica médica.

Valga pues el reconocimiento inicial de que mi experiencia personal es sólo de seis meses, pero que lo que aquí transcribo es el reflejo de lo que he progresado en el estudio y experimentación de las posibilidades de la sofroterapia en Obstetricia y Ginecología.

I) ANALGESIA SOFROTERAPICA

A) Exploración y curas

La primera indicación de la sofroterapia en nuestra especialidad la he hallado en la *analgesia para la exploración.*

No hace falta insistir en la incómoda situación en que se halla la paciente en la sala de curas en posición ginecológica, y es perfectamente comprensible que, agitadas sean muchas las mujeres que se defiendan y con ello invaliden una exploración, ya de por sí difícil, cuando una cierta grasa se interpone entre el o los dedos que tactan y la mano que palpa

La sofronización superficial de la paciente basta para que esta exploración sea más fructífera y su recuerdo mejor para la mujer.

Es necesario que siempre estén presentes los familiares o la enfermera, entre otras razones, porque si no la paciente cree, a veces, que no se la ha explorado.

Pregunto a la paciente si sabe relajarse y ante su negativa le afirmo que voy a relajarla con lo que la exploración será más fácil. Comienzo pidiéndole que extienda los brazos y apoye los dedos en el borde de la mesa.

Aunque la luz que suele haber en el techo puede favorecer la fatiga visual, que tantos terapeutas usaban para inducir el "sueño hipnótico", yo les pido que cierren los párpados y fijo su atención en ellos y en dos inspiraciones profundas, que les pido practiquen.

La voz monótona y los movimientos de la mano entrevistos a través de los párpados iluminados, bastan para lograr la sofronización en breves instantes.

Mis colaboradores del consultorio del Instituto Municipal de Maternología, que dirijo, así como el personal auxiliar, saben que la rapidez de la inducción les obliga sólo a unos segundos de silencio, después del cual podemos reemprender el diálogo normal, aunque yo mantengo periódicamente las sugestiones verbales, que han sido efectivas en el 90 % de las pacientes en que son ensayadas.

Sofronizo a todas las pacientes que ofrecen o creo que van a ofrecer cierta resistencia a la exploración.

Los resultados son mejores en el ambiente hospitalario que en el consultorio privado, seguramente porque la transferencia de la paciente hacia el médico es influida por la dependencia jerárquica más evidente en un hospital.

El tacto exploratorio ginecológico, la mensuración de la pelvis y, sobre todo, las *curas* más dolorosas, son indicaciones precisas de este proceder:

biopsias, histerosalpingografías, punción de Douglas, y vaciado de hematomas, los he practicado con una total indolorosidad.

Sólo el médico que durante más de veinte años ha practicado estas pruebas bajo anestesia farmacológica o contando con el monótono aguante de sus pacientes, puede maravillarse y valorar el beneficio logrado con la sofronización.

Los pocos casos en que no ha habido éxito, quedan en el pasivo de la imposibilidad de relajarse... y se acude a la anestesia si la importancia de la cura o la agitación de la paciente lo necesitan.

En la enferma hospitalizada también hay múltiples indicaciones, cuales retirar puntos, sondas, drenar hematomas de heridas, o practicar legrados.

Siempre indico que en caso de causarles molestias levanten un dedo determinado, que está cercano al operador, cuando actúa con la paciente en posición ginecológica. Forma parte de la sugestión verbal la afirmación, en voz monocorde y repetidora, de que vigilamos el dedo señal.

B) Analgesia sofroterápica en el pre y post-operatorio

La primera indicación a señalar es la Sofronización en pacientes que *deben ir al quirófano* y en la que, administrada la preanestesia una hora antes, sofronizamos al ponerlas en la camilla para el traslado.

La inminencia del trauma quirúrgico y la preanestesia, facilitan esta inducción que ahorra al anestesista una inducción anestésica en el ante-quirófano, lo cual en el caso de las cesáreas reporta un indudable beneficio al feto.

En *postoperadas agitadas,* se logra inducir un estado profundo que puede durar horas y que ahorra horas difíciles del postoperatorio. También la cesación del hipo o la expulsión de una flema pueden lograrse con las sugestiones verbales sofrónicas.

C) Analgesia sofrónica del parto

Es ésta la indicación más importante de la analgesia sofrónica porque, en la mayoría de las indicaciones citadas hasta ahora, pueden ser sustituidas por una anestesia breve, pero en el parto existe un factor, que inclina el platillo a favor de la Sofronización, que es la absoluta inocuidad del proceder para la madre y para el feto.

Nada más lejos de mi ánimo que seguir a ciertos defensores de la sofronización en el parto cuando vituperan y enfatizan los peligros de la anestesia obstétrica.

Fuerza es reconocer que usada con indicaciones precisas y con medios

adecuados reporta grandes beneficios a la madre y aun al feto, pero que de fallar las anteriores premisas puede poner en riesgo a uno y otro.

El parto, dice CHERTOK (2), es un proceso psicosomático por excelencia. Sobre una base somática de la que la contracción uterina es el fenómeno más ostensible, se produce una sensación dolorosa que puede ser incrementada por un condicionamiento socio-cultural.

Es un gran mérito de GRANTLY DICK READ el haber abordado este aspecto del problema publicando en 1933 su metódica del PARTO NATURAL a base de psicoterapia, relajación y gimnasia. Hasta 1944 no se difunden sus ideas en América.

En 1949 VELVOVSKI y colaboradores comunican su parto natural, que difunden en Europa LAMAZE y VELLAY, en 1952, como el llamado método psico-profiláctico (M.P.P.).

Lo curioso es que el método ruso (más de 300.000 partos) es presentado como una gran innovación porque enfatiza el condicionamiento *Pauloviano* dolor-contracción, que hacen derivar como una impronta, transmitida desde el bíblico "parirás con dolor". La realidad es que se funda en los mismos principios que propugnó READ y que NICOLAIEV, teorizante del método resume en acción verbal directa y medidas de organización que ejerzan una influencia psicoterapéutica indirecta.

Las diferencias entre el método de READ y el M.P.P. ruso, son de puro matiz. En éste los elementos sugestivos juegan mayor papel.

Con relación a la sofroterapia ya existe una diferencia básica, porque en los métodos de parto natural, la partera debe estar plenamente consciente e intelectualmente activa, mientras que en la sofronizada existe una inhibición cortical.

Es evidente que existan puntos comunes entre uno y otro método. Amén de sustituir ambos a la anestesia farmacológica, Sofronización y relajación se influyen mutuamente. Algunos autores como H. J. PRILL asocian el método de READ al entrenamiento autógeno de SCHULTZ, y la mayoría de los que practican la analgesia sofrónica, asocian elementos didácticos propios del método psico-profiláctico (ZDRAVOMYSCOV, OKOUNIEV y DONIGUEVITCH, NEWBOLD).

CLARK, que practicaba el método de READ y ahora publica su experiencia hipnótica, dice que las mujeres prefieren este proceder.

Fue PRITZL de Viena, quien en 1885 publica los primeros casos de hipnosis para aliviar los dolores del parto, y desde él muchos autores han vuelto sobre el tema, destacando los buenos resultados obtenidos.

Sólo WATTEVILLE, defendiendo el M.P.P., dice que en él no se establece ninguna relación peligrosa entre el preparador y el paciente (!!) y

que la personalidad no está desconectada y el subconciente afectado, como en la hipnosis.

Ante las resistencias que el hipnotismo despierta en el público y, aun en los médicos, lastre del "FAKIRISMO", ha sido muy decisiva la defensa que, autores del prestigio de DE LEE y GREENHILL, hacen del método.

Puede practicarse la sofronización durante el parto, pero ello sólo puede tener éxito cuando asiste a la partera el mismo obstetra que la atendió durante el embarazo, de forma que exista una buena transferencia entre ambos. A pesar de ello los resultados no serán nunca tan seguros como cuando se prepara previamente a la paciente.

ZDRAVOMISLOV, que presenta su experiencia de mil casos en un libro muy interesante, en 300 de estos casos no hubo preparación previa y en 700 sí. Dice que las sesiones previas oscilan entre 1 y 16 y que, en promedio, fueron 6.

Esta preparación puede ser colectiva de hasta 30 pacientes y aún más. Es preferible que la embarazada, que toma parte en estas sesiones, haya sido sofronizada, por lo menos una vez, en sesión individual. Aunque existe el efecto sugestivo del grupo, se sofronizan menos profundamente porque el terapeuta ha de diluir su atención entre todas y además las pacientes se distraen viendo a las demás.

Si existe una escuela de madres se efectúa en el mismo local de ésta, si es un ambiente silencioso y agradable.

Las primeras sesiones suelen ser didácticas. Luego un sofrólogo que "debe estar en forma" y actuar durante la sesión en tono seguro, pero no autoritario, procede a la Sofronización de las pacientes. Durante esta situación se neutralizan las emociones negativas, de temor al parto, por otras positivas, insistiendo en que la contracción y la expulsión serán indoloras si se relajan y que obedezcan las indicaciones de las personas que asistan al parto.

Las pacientes sofronizadas mejorarán de molestias tales como el insomnio, estreñimiento, prurito y asma bronquial.

No debe rechazarse a las pacientes que en la primera o segunda sesión no se sofronizan, sino insistir antes de descartarlas.

Refiere ZDRAVOMISLOV, que al principio en muchas parteras había sido tan efectiva la sugestión post-hipnótica, que acudían a la clínica cuando rompían aguas y, a veces, en plena expulsión, porque las contracciones eran indoloras. Tuvieron que advertirlas que acudieran al servicio cuando las contracciones fueran rítmicas.

Entre los 1.000 partos comunicados por el autor, hubo analgesia completa en 40,8 %, considerable en 41,8 % y en insignificante o nula en 18,1 %.

No es indispensable la presencia durante el parto del terapeuta que las

sofronizó ya que éste puede delegar el efecto post-Sofrónico en la matrona o el médico interno, pero los resultados son mucho mejores si está presente el mismo sofrólogo, de forma que en este caso sólo se da un 6,5 % de fracasos, contra un 21,3 % si está en la sala de partos temporalmente y un 27,7 % de fracasos, si no entra en ningún momento. No existe ningún inconveniente en complementar los casos de éxito incompleto con una anestesia ligera final.

De ello puede concluirse que debe ser el tocólogo quien las sofronice. No es necesario una sofronización profunda, pero sí el mantenimiento de la sugestión verbal.

Entre nosotros el pionero es VALLEJO (8) que publicó, en 1968, 224 casos, con buenos resultados.

Creo que los mejores resultados los lograremos cuando entrenemos toda una maternidad hacia esta orientación, de la que cumplo la primera etapa al capacitarme para ello; pero que la segunda será capacitar los equipos de médicos de guardia y matronas en las técnicas sofrónicas, con lo cual podrá prepararse a las gestantes y atender a los partos, por las mismas personas.

II) PSICOTERAPIA SOFRONICA

En este apartado no basta con que el terapeuta sepa sofronizar, sino que debe conocer los fundamentos de la psicodinámica, de manera que no sólo trate sobre el síntoma, como hacía antes con el dolor, sino que pueda actuar sobre el origen del mismo.

KROGER y FREED (5) fundan grandes esperanzas en el HIPNOANÁLISIS, porque en el curso del mismo hay una hipermnesia que permite la evocación de recuerdos muy precoces sin el freno propio del estado de vigilia y con la ventaja de la amnesia posterior a la hipnosis, que posibilita al médico actuar sobre estos recuerdos sin que la paciente, de momento, lo advierta. La sugestión sofrónica hace efectivas las sugerencias post-sofrónicas, de forma que desde las primeras sesiones empieza la terapéutica. Cuando el terapeuta cree que la paciente está preparada para ello, puede revelarle los recuerdos y las emociones penosas que provocaban su afección para sustituirlos por emociones de signo positivo, gratificadoras para la enferma y personas con las que convive.

El análisis sofrónico no sería más que un psicoanálisis abreviado más fácilmente asequible en el clásico.

Por el momento creo que muy pocos ginecólogos están capacitados para servirse de él como método exploratorio y terapéutico, en psicosomática ginecológica y ante cuadros de amenorreas psicógenas, tensión pre-

menstrual, frigidez y otras sexopatías, dolor lumbosacro o abdominal y prurito.

La psicoterapia de apoyo que realizo en el gran contingente de pacientes psicosomáticas que me consultan (3), se ve notablemente reforzada por la relajación sofrónica, y por las sugestiones que se les pueden hacer durante esta particular situación terapéutica.

Existen un grupo de síndromes en que el tratamiento sintomático es la primera medida terapéutica ante el trastorno que les causa el padecimiento, sin perjuicio que los datos obtenidos durante el tratamiento nos decidan a mandar algunas pacientes al psiquiatra para la curación de la neurosis que sospechamos.

Los cuadros en los que he logrado resultados alentadores con sofroterapia son:

1.º *Dispareunia y vaginismo,* de origen psicógeno. Aprovechando la analgesia sofrónica he introducido un molde acrílico del tamaño adecuado, en presencia del esposo. He practicado la sugestión de mantenerse relajada en las próximas relaciones sexuales, tal como durante la exploración. Con el molde puesto la he regresado al estado vigil indicándole que su relajación ha permitido el paso del molde que no le causa ninguna molestia. Retirado y mostrado a la paciente, y a su esposo, quedan ambos convencidos de la posibilidad de efectuar el acto sexual.

Como decía hace un momento esta terapia puede vencer la barrera mecánica que la paciente opone a la entrega íntima, pero no conseguirá resolver la incapacidad de entrega amorosa de un Yo inseguro, si no se ejerce una psicoterapia más amplia y adecuada. No se olvide que la mayoría de las impotencias para la consumación del acto sexual, son problemas de menos envergadura y fruto de una conjunción de factores cuales falta de educación sexual, vulva algo justa y marido poco hábil (¡descártese por la anamnesis una impotencia!) y esposa pusilánime, y aquí la Sofrología aumenta extraordinariamente las posibilidades del ginecólogo.

2.º *Hiperemesis gravídica, sialorrea y contracciones uterinas sin modificación del cuello.* Sumando a la sugestión sofrónica las medidas terapéuticas adecuadas se logra mantener la mejoría hasta la próxima sesión, que cada vez se espacia más, hasta llegar al vencimiento del síntoma o al ansiado parto.

III) CONCLUSIONES RESUMEN

El especialista en Obstetricia y Ginecología debe adoptar una actitud científica ante la fenomenología sofrológica y venciendo las resistencias que le provoca un hecho tan interesante conviene se percate de los resultados de la sofroterapia en las siguientes indicaciones:

1.º Analgesia inocua en el parto y práctica en pequeñas curas y exploraciones.

2.º Reforzamiento de la psicoterapia de apoyo en las psicosomatosis ginecológicas.

3.º Tratamiento de síntomas preferentemente psicógenos, cuales vaginismo, vómitos del embarazo, sialorrea y contracciones persistentes.

DR. JOSÉ M.ª DEXEUS TRÍAS DE BES, Médico Tocoginecólogo. Director del Instituto Municipal de Maternología de Barcelona.

BIBLIOGRAFIA

1. CAYCEDO, A. — *Considerations sur la Sophrologie, ses fondements et ses structures.* Conferencia al II Congreso Francés de Sofrología. Versalles 28-30-IX-68.
2. CHERTOK, L. — *Los métodos psicosomáticos del parto sin dolor.* Ed Cultura Clásica y Moderna. Madrid, 1958.
3. DEXEUS, J. M. — *Psicoterapia Ginecológica.* Conferencia especial presentada al V Congreso Mexicano de Obstetricia y Ginecología. México, VI, 1967. Ginecología y Obstetricia de México, 22; 1321-1327; 1967.
4. GINDES, B. C. — *Nuevos Conceptos sobre el hipnotismo.* Ed. Psique. Buenos Aires, 1965.
5. KROGER, W. S. y FREUD, S. — *Ch. Ginecología Psicosomática.* Salvat Ed., 1955.
6. SCHUST, I. — *Técnica y Práctica del parto sin dolor.* Editorial bibliográfica Omega. Buenos Aires, 1963.
7. STOKVIS, B. y MONTSERRAT ESTEVE, S. — *Tratado de Hipnosis.* Editorial Scientia. Barcelona, 1967.
8. VALLEJO, E. — *Revista Española de Sofrología.* 2; 17-40, 1868.
9. ZDRAVOMISLOV, V. I. — *El parto bajo Hipnosis.* Editorial Crespillo. Buenos Aires, 1958.

El parto sin dolor

Técnicas de Sofroanalgesia

E. VALLEJO

Uno de los mayores problemas con que se enfrenta el tocólogo es el de la analgesia en el parto. Desde la más remota antigüedad el hombre se ha planteado este problema, y el número de los recursos empleados es abrumador. La poca eficacia de todos ellos es patente, visto el creciente interés por el tema, como lo demuestran los cada día más frecuentes Simposiums, Reuniones y Congresos Médicos celebrados con esa única finalidad. Así el Congreso de Leningrado en 1951 que se ocupó de la eliminación del dolor en el parto, el de Kiew celebrado en 1956 con el mismo motivo, el de Heidelberg, el de Tubinga en 1959 sobre métodos psicológicos en el parto, etc., y así hasta el infinito. En todos ellos se han propuesto los métodos más variados.

De la práctica personal de estos métodos durante mis 22 años de ejercicio profesional en la tocología, hemos sacado impresiones vividas por nosotros mismos; hemos sido testigos de la aparición de presuntas panaceas, caídas pronto en el descrédito ya que no en el olvido.

En esta constante búsqueda del método ideal, hemos, como todos los tocólogos, ensayado uno tras otro, los métodos en boga, apartándonos poco a poco de los farmacológicos, y prestándoles cada vez mayor atención a los psíquicos que a juicio de muchos son los de mayor porvenir; tanto como dice SENARDENS, de Ginebra: "Los métodos psíquicos en la preparación y conducción del parto, constituyen el gran progreso de la obstetricia moderna".

Así orientados, hemos practicado el método del parto psicoprofilácti-

co (P.P.P.) (para abreviar) durante unos 5 años, con varios centenares de pacientes, y no totalmente satisfechos con él, nos hemos centrado en esta nueva faceta de la psicoanalgesia en el parto, que es la SOFROANALGESIA, o dicho de otro modo, el parto sofrónico, de inmenso porvenir. La *Sofrología* ahora está destacando la importancia de los procedimientos psicológicos, con empuje asombroso, en todas las especialidades médicas. Queremos señalar que este modesto trabajo nuestro, que ahora presento, es el primero que se publica en España sobre este tema.

Ya nuestro SANTIAGO RAMÓN Y CAJAL, cuando ejercía su Cátedra en la Facultad de Medicina de Valencia, practicó la terapia que hoy llamamos SOFRÓNICA, en medicina, y según narra en su libro "Recuerdos de mi vida", logró éxitos extraordinarios en el parto.

Luego, en España, hemos tenido buenos hipnólogos, pero han dedicado escasa o nula atención a estas técnicas en el parto. Recientemente los doctores CABALLERO, GORDO y REYNOSO ensayaron este método en algunos casos pero creemos, repito, que nuestro trabajo que ahora presentamos es la primera publicación de alguna extensión, y que recoge 224 partos asistidos bajo técnica sofrónica a lo largo de los últimos 3 años, con material privado, así como parturientas de Beneficencia de la Maternidad de Santa Cristina de Madrid.

En ulteriores ocasiones, informaré de los resultados de la Sofrología sobre la patología obstétrica (hiperemesis, sialorrea) así como trastornos psicosomáticos en Ginecología (como dismenorrea, trastornos menstruales, etc.).

EL ANESTÉSICO IDEAL

Es sabido que aún no se ha encontrado el anestésico ideal en el parto. Consideramos como analgésico ideal, aquel que además de ser seguro, carezca de todo peligro, tanto para la madre como para el hijo. Debería tal anestésico eliminar tan sólo el dolor, pero manteniendo íntegra la capacidad de cooperación de la madre durante todo el parto, obedeciendo nuestras órdenes de pujar, etc.

Es evidente que tal agente analgésico no existe aún, todos afectan a la madre y al niño, sobre todo, ya que pasan a éste en cantidades elevadas (suficientes para producir analgesia o anestesia a su madre).

Peligros de la analgesia farmacológica

Según dice KROGER, si se administran calmantes a la madre, en dosis amnésicas, más del 50 % de los niños sufre asfixia al nacer. Las autopsias

son demostrativas de las lesiones cerebrales causadas por la anoxia en la madre y el niño.

BARCROFT dice: "El tejido nervioso es más sensible a la falta de oxígeno que cualquier otro tejido. Un ligero grado de anoxemia, altera su coordinación. Una anoxemia total mantenida durante 10 minutos o una anoxemia menos intensa durante un tiempo algo mayor, puede producir lesiones irreparables en el sistema nervioso".

Se estima desde BINGES, NEFF y FENDER, que la anoxia del feto y del recién nacido puede originar un importante papel en la génesis de la epilepsia, rñetardo mental, lesiones cerebrales, etc.

¿A qué precio se paga, pues, un parto sin dolor? No sólo en sus efectos inmediatos, sino tardíos sobre el hijo. Creo, sinceramente, que las futuras madres no están debidamente informadas de todos estos graves riesgos que corren sus hijos a cambio de una analgesia farmacológica más o menos efectiva y duradera, ya que en la inmensa mayoría de los casos (primíparas p. ej.), ésta no se puede administrar desde el comienzo del parto, sino bien avanzado éste so pena de detener las contracciones, cosa que no ocurre con la sofroanalgesia, que se comienza desde el mismo principio del parto hasta que éste ha terminado.

Asimismo no son de despreciar los *riesgos maternos* de la analgesia obstétrica. Efectos tóxicos sobre el sistema nervioso, paro cardíaco, síncope respiratorio, cefaleas posteriores, paresia vesical; ictericias graves, hepatitis, efectos tóxicos sobre miocardio, sobre aparato respiratorio (aspiración intrapulmonar del contenido gástrico). Todos estos son sucesos que todos los tocólogos conocemos como experiencias vividas tras analgesias con tricloroetileno, pentotal, raquis, etc.

Sin embargo, afortunadamente, las madres cada día son más responsables y, de igual modo que rechazan cualquier medicina durante la gestación sin consultar previamente al tocólogo, y aún con el consentimiento de éste, por miedo a las temidas monstruosidades fetales cada día atribuidas a nuevas drogas (recordemos la thalidomida, etc.), igualmente van comprendiendo el peligro que representa para la vida y el porvenir de su hijo el que ellas deseen tener un parto totalmente "drogadas".

Es más, ningún anestésico deja de actuar sobre las contracciones uterinas (fuerza y frecuencia) derivándose de ello partos prolongados, asociaciones de oxitócicos nunca innocuas y usadas a veces por manos poco expertas, mayor número de intervenciones quirúrgicas, fórceps, ventosas, etc. (lesivos potencialmente para el feto).

Es en este estado de cosas donde los métodos psíquicos han surgido potentes, inocuos, efectivos, y voces autorizadas se han alzado en todo el mundo clamando por una mayor sensatez.

Fue READ el precursor de esta campaña. Sus teorías, estudiadas a la luz de nuestras ideas actuales, pueden ser más o menos ciertas, pero hizo el inmenso bien a la posteridad de señalar un nuevo camino. Su teoría se basa en lo que él llama el ciclo miedo-tensión-dolor. La parturienta tiene miedo al parto, este miedo genera en ella una tensión no solamente psíquica sino muscular, y dicha tensión es causa de contractura y de dolor.

GRANTLY DICK READ publicó un trabajo en 1933 que tituló "Parto natural", y en 1944 se extendió por EE. UU. El obtiene resultados actuando por la relajación neuro-muscular y emocional, de modo que la interpretación de los estímulos dolorosos sea menos intensa.

El sistema de READ consiste en combatir el miedo con *charlas* con las futuras madres, charlas preparadoras, de unos 15 minutos cada sesión, en las que les habla de anatomofisiología del parto y embarazo. A lo largo de estas charlas, todos los miedos deben ser buscados, analizados y destruidos; las preguntas más diversas, aclaradas, los problemas psicológicos abordados y resueltos por absurdos que parezcan. Es muy importante conocer la actitud de la futura madre frente al embarazo.

Después practica la *relajación*. En ella enseña a las pacientes a contraer, para luego relajar cada grupo muscular. Su técnica es, pues, parecida a la realidad de JACOBSON.

Finalmente les hace practicar *ejercicios físicos* para desarrollar la musculatura abdominal, y les enseña a hacer esfuerzos de expulsión.

Para nosotros el método de READ, y así opinan varios sofrólogos, es una especie de "sofronización vigil", como también el es P.P.P (parto psíquico-profiláctico). El mismo autor señala ingenuamente cómo un número determinado de sus pacientes se quedaba dormido al hacer la relajación. Creemos que esta especie de reacción sofrónica se fundamenta 1.º en el prestigio del médico sobre la paciente; 2.º en la propia relajación que produce un estado sofrónico (cosa que, por supuesto, READ no acepta). En su tiempo se le criticó que era sugestión, lo que él negó; pero no obstante dijo: "La eficacia de todo médico depende de la eficacia de su diagnóstico, de la confianza de sus pacientes y de su poder de sugestión consciente o inconsciente". (READ.)

Por otra parte, está demostrado que no es necesaria la inconsciencia para producir el fenómeno llamado "sofronización vigil". Esto explicaría cómo estas enfermas de READ conscientes, estaban en un estado más o menos sofroide, en el cual las sugerencias dadas por el terapeuta son aceptadas ciegamente, y de ahí su éxito al sugerir los partos sin dolor o sin temor. Pero repitamos que fue READ quien dio el primer gran paso por esta nueva senda y extendió el método en Inglaterra, América del Norte y demás países de habla inglesa.

Simultáneamente muchos médicos empleaban ya la *Hipnosis* en medicina, encontrando una supresión efectiva del dolor. RECAMIER en 1821 ya la introdujo por primera vez en cirugía y JAMES ESDAILLE llevó a cabo cerca de 500 grandes intervenciones quirúrgicas bajo hipnosis, debidamente comprobadas. Luego el perfeccionamiento de la anestesia relegó la hipnosis al olvido, al menos como analgésico, pero nuevamente en 1945, en los campos de prisioneros de guerra, carentes de anestésicos se vuelve a recurrir a la hipnosis como único agente anestésico en las intervenciones quirúrgicas, los investigadores vuelven a interesarse por ella, y junto con la medicina psicosomática surge ahora potente, con vida propia, la *Sofrología,* ciencias ambas que día a día ganan adeptos, ya que se introducen en todas las especialidades médicas, se multiplican las publicaciones, se crean sociedades Sofrológicas y se celebran en todo el mundo Congresos de Sofrología y Medicina Psicosomática.

Sofrología: Definición.— Sofrología viene de *sos,* en griego, tranquilidad, serenidad, *fren,* mente, espíritu, y *logos,* tratado, es decir, tratado de la serenidad de la mente. Ha nacido dentro de la medicina psicosomática y forma parte integral de ella. Podría definirse (CAYCEDO) como la rama de la Medicina que estudia las técnicas de "entrenamiento" psicosomático, su utilización clínica y las relaciones psicofísicas que aguardan sus fenómenos. Utiliza las técnicas de relajación asociadas a la acción verbal (*Terpnos Logos*), logrando en el paciente un estado especial psicosomático denominado estado sofrónico.

Tiene, pues, una gran raigambre en las técnicas de la relajación y las abarca actualmente, y estudia todos los cambios de conciencia en el hombre y sus proyecciones orgánicas (CAYCEDO). Así abarca los fenómenos del *Yoga* indio de la hipnosis médica; del *Voudu* brasileño, el entrenamiento autógeno de SCHULTZ, etc.

Decíamos que una de las aplicaciones de la palabra con fines terapéuticos es el *Terpnos Logos* de los griegos, el decir placentero, que es uno de los grandes pilares de las técnicas sofrológicas actuales como desencadenante, pudiéramos decir, del estado *Sofrosyne de tranquilización,* de templanza.

El estado sofrónico es, pues, un estado diferente del sueño, de ahí que hipnosis, de *hipnos,* sueño, sea un término impropio y anticuado y cargado de prejuicios y conceptos erróneos. Además hoy día los estudios electroencefalográficos nos enseñan que el estado sofrónico se parece más al estado vigil que al sueño. Es hora, pues, que adoptemos una terminología más adecuada.

Teorías de la Hipnosis

Varias teorías se han expuesto para explicar su mecanismo de acción: a) Teorías psicológicas puras (LE CRON y BORDEAUX, CAMINO GALICIA, etc.), sostienen que la hipnosis es la separación entre la mente consciente y subconsciente. ERICKSON dice que es un estado especial de conciencia. Quizás las dos teorías más en boga son: la de PAVLOV y la psicoanalítica.

La *Psicoanalítica,* y FEREZONI con ella, dice que la hipnosis es una regresión pasiva del sujeto a la infancia. El subconsciente es liberado de su cobertura, de su protección por el consciente. El sujeto hipnotizado se comporta como un niño, satisfaciendo su deseo inconsciente de vuelta al estado infantil, y se descarga de su consciente sobre el hipnotizador, al cual ve como al padre o a la madre. Otros autores agregan que el paciente entra en rol sofrónico porque desea vivir de nuevo las fantasías de la infancia.

La *Teoría de* PAVLOV dice que la hipnosis es un fenómeno semejante al sueño; es un sueño parcial, dice, en el cual, en la corteza se produce un estado de inhibición (reproducido por un estímulo rítmico monótono), persistiendo puntos o zonas de vigilancia que mantienen al sujeto unido a nosotros. Para RABINOVITCH y para GUBEL es la teoría que más se acerca a la verdad.

De cualquier modo aún ignoramos la verdadera raíz de la cuestión, aunque sin embargo, como en otros muchos casos del saber humano, sepamos manejar dicha fuerza y servirnos de ella como poderosa terapéutica, hoy revisada por la moderna Sofrología.

LA SOFROLOGÍA EN OBSTETRICIA

El primer caso de anestesia obstétrica por hipnosis fue narrado por FOISSAC en 1833 en la Real Academia de Medicina de París. Luego LIEBAULT en 1866, AUVART y VARNIER DUMONTPALLIER en Francia. WEITERSTRAND en Suecia. También nuestro RAMÓN Y CAJAL trabajó en el tema cuando estuvo ejerciendo en Valencia en la cátedra. Las publicaciones se van haciendo más frecuentes. En 1922, SCHULTZ-RONHOFF en Alemania. Surge luego en Rusia el método P.P.P. que cuenta con el apoyo oficial y lo extiende a Francia, después LAMAZE, no obstante lo cual, los autores rusos lo van relegando y cuando en Francia es un método de gran auge, en Rusia está casi abandonado. Nuevamente los autores rusos vuelven a trabajar con la Sofrología, y sus publicaciones son cada vez más copiosas y más abundantes. Así ZDRAVOMYSLOV, NIKOLAIEV, VIGDOROVITCH, y el célebre tocólogo ruso MALINOWSKY, publican partos bajo sofroanalgesia en grandes

estadísticas. Realmente ha sido en Rusia donde la sugestión hipnótica ha sido utilizada en la analgesia obstétrica. Se crearon grandes centros, "hipnotariums" en donde se dan clases colectivas a las embarazadas. Es VIGDOROVITCH uno de los hombres de mayor experiencia de Rusia, ya que actúa de supervisor de 15 hipnotariums bajo la jurisdicción del Departamento de Salud Pública de la ciudad de Leningrado, practicando el método en más de 5.000 partos con una eficacia del 90% de buenos resultados. Los hipnotariums se multiplican y pasan de Leningrado a Karlow, a Moscú, a Kiew. La experiencia rusa sobrepasa los 300.000 partos sofrónicos.

En EE. UU. el célebre profesor DE LEE considerado como el padre de la Obstetricia moderna, afirmó reiteradas veces que la única anestesia que carecía de peligro es la hipnoanalgesia, y añade: "lamento mucho ver a colegas que desdeñan un método tan eficaz y totalmente inofensivo".

Alentados por tan grande autoridad surgió gran interés al respecto y así, autores de solvencia reconocida como GREENHILL decía: "el hipnotismo se ha empleado durante mucho tiempo en Obstetricia y debiera usarse con más frecuencia de lo que se hace actualmente. La hipnosis aún no profunda es de gran valor en el parto para combatir miedo y dolor".

Modernamente KROCHER es en EE. UU. el tocólogo de mayor experiencia sobre el empleo de la sofronización en la práctica obstétrica, técnica que cada día gana en América más seguidores, y así son autoridades en la materia ABRAMSON, RALPH AUGUST, AMBROE y NAWALD, pudiéndose resumir la experiencia americana en más de 30.000 partos bajo sofroanalgesia.

En Alemania se emplea mucho en la clínica de Heidelberg; son conocidos los nombres de WOLFF, SCHULTZ-RONHOFF, KROGER y HEBERER.

En Francia, LASNER, CHERTOCK y GUEGUEN, son las máximas figuras.

En España creemos, como dijimos antes, es ésta la primera comunicación publicada con una casuística abundante, la que a continuación vamos a presentar.

PARTO SOFRÓNICO (1964-67)

Casuística, 224 partos. { Primíparas 160 / Multíparas 64

RESULTADOS

MB	62 .. 27 %	74
B	108 .. 47 %	
R	34 .. 20 %	
M	20 .. 8 %	

Fórceps	20	9	%
Nalgas	8	3,5	%
Frente	1		
Gemelar	1		
Cesárea	2		
Parto normal	192		

Inducidos por hipermadurez

Por goteo oxitócico . . . 19

Por reducción sofrónica 17 { con éxito . . 5; sin resultado 12

AQUIRRE DE CARCER tiene una estadística, que presentó en la ASOM, de ciento y pico de inducciones sofrónicas con un 60 % de éxitos.

Grado de sofronización alcanzada

Sofroide	22	9,6 %
Ligero	62	27,3 %
Medio	82	36,6 %
Profundo	58	25'5 %
	224	100

Partos sofrónicos

Sin preparación previa (sofronización súbita)	56	24'6 %
Con preparación . .	168	75,4 %

N.º de clases dadas

Promedio 6 (privadas)
Máximo 12 pacientes ingresadas en la Maternidad (Beneficencia)

Tiempo empleado

Promedio de 40' por clase

Se requirió, naturalmente, más tiempo en la primera sesión, que comprende explicación previa del fenómeno sofrónico, y una más larga inducción del rol sofrónico, dejando ya constancia de futuras inducciones instantáneas a una señal convenida (signo señal) con el consiguiente ahorro de tiempo.

La experiencia demostró que en la preparación se requiere un mínimo de 4 clases para lograr resultados deseables, ya que por lo general, las pacientes profundizan su estado sofrónico notablemente desde la 3.ª o 4.ª sesiones, aunque hay buenas pacientes que lo logran en las primeras.

Sin embargo, tampoco hubo absoluta correlación entre pacientes de gran habilidad (las que logran gran profundidad sofrónica) y un resultado óptimo de analgesia y cooperación, ya que las mujeres en estados ligeros sofroides, lograron muy buenas analgesias, y en cambio no todas las que llegaron a estudios profundos lograron anestesias totales, contra lo que era de esperar. Sin embargo, la amnesia sofrónica (factor de gran valor en el parto), sí fue lograda en casi todos los estadios de gran profundidad y muchas pa-

cientes no recordaban haberse quejado durante los momentos álgidos del parto.

Amnesia sofrónica total 45 casos, 19,8 %; analgesia en pacientes sin preparación (por sofronización d'emblée, o súbita) 56 casos:

Distribución:

MB	analgesia . .	9 %	34 %
B	" . .	25	
R	" . .	40	
M	" . .	26	

Es decir los resultados son inferiores a los de las preparadas, pero sin embargo, muy efectivos en un 34 % de los casos (suma de los considerados B más los MB).

Duración del parto

Se aprecia estar notablemente acortado, un gran número de primíparas tuvo un parto de unas 5 horas en su totalidad, siendo la cifra media hallada la siguiente:

Primíparas 8 horas (Clark da 5 horas en su trabajo).
Multíparas 3 horas (Clark da 3,5 horas en su trabajo).

Este notable acortamiento del parto, lo atribuyo a varios factores.

La perfecta sinergia contráctil uterina, con ausencia de espasmos cervicales, es decir, ausencia de distocias de contracción prácticamente. Son muchos los autores que observan cómo son más frecuentes los espasmos de cuello, entre las pacientes ansiosas, sin ir más lejos, el propio Read.

Una enorme colaboración de la paciente en el período expulsivo que está muy acortado en todos por:

1.º Una eficaz técnica y fuerza en los pujos.
2.º Una mayor relajación perineal.
3.º Una ausencia de "drogas" inhibidoras de las fuerzas expulsivas.

Niños

Todos los recién nacidos, salieron vivos y lloraron inmediatamente. Ninguno precisó tipo alguno de reanimación.

Operatoria

En las 2 cesáreas fue dada anestesia medicamentosa. Las cesáreas fueron indicadas, una por primípara añosa con comienzo de sufrimiento fetal y la otra por distocia pelvicefálica, tras prueba de parto.

No creímos de ningún interés practicar cesáreas con sólo sofroanestesia. No tiene ninguna finalidad, y la necesidad de rapidez de actuación nos hizo desistir de esta idea. No obstante en la literatura he encontrado casos de cesárea bajo exclusiva sofroanestesia, como la de Winkelstein y Levinson en una preeclámptica; y los 8 casos referidos por Ralph August, y otros más más, leídos en la revisión de literatura practicada. Nada ha de extrañarnos esto, después de conocer la extensa casuística (más de 500 grandes intervenciones quirúrgicas) practicadas por James Esdaille, el célebre cirujano inglés.

Fórceps

De los 20 fórceps practicados, 12 lo fueron sin anestesia química, es decir, bajo sofroanestesia, en los demás hubo que recurrir a la anestesia local o general por intolerancia a la aplicación de las ramas del fórceps.

Extracción manual de placenta

Hubo un solo caso (sólo con sofroanestesia), la relajación fue muy buena, y la analgesia suficiente. La pérdida de sangre fue realmente mínima, con rápida formación del globo de seguridad, cosas ambas a las que los tocólogos no estamos acostumbrados, ya que las profundas anestesias que a veces empleamos para esto, nos dan hemorragias serias, o al menos abundantes.

Episiotomías

Tanto las de los fórceps como las de los partos normales fueron efectuadas bajo sofroanalgesia casi en su totalidad. Solamente en los partos de nalgas de las primíparas, verificamos anestesia local para las episiotomías que practicamos por rutina.

RESULTADOS DE PARTO SOFRÓNICO

	Bien	Regular	Mal	
PLATANOV	35,5 %	28,5	36	
KACHAN	28	38	33	
VIGDOROVITCH	67	18	15	(4575 casos)
ZDRAVOMYSLOV	40,8	41	18	(1000 casos)
SCHULTZ-RONHOFF	80			

Haciendo una clasificación más precisa en MB, B, R, M,

GUEGUEN	65 %	17,5 %	12	5	(40 casos)
MOSCONI	45	34	12	9	
NOSOTROS	27	47	20	8	(224 casos)
WINKELSTEIN	7	39	22	31	(200 casos)
CLARK	33	?	?	?	
PERCHARD	5	43	48	4	(471 casos con amnesia en 1/5 de ellos)

ASOCIACIÓN MEDICAMENTOSA

Empleamos oxitócicos en los casos de contracciones perezosas (nunca solos, según costumbre). Así pitocín más buscapina, o pitocín más spasmalgine o esparteína más papaverina.

ANALGÉSICOS

En 20 pacientes, 8 %, primíparas incluidas en el grupo de M. resultados de la estadística nuestra, se administraron durante el período de dilatación 50 mg. de dolantina (repitiéndose cuando fue preciso), dosis mínima que no tiene parangón con las habituales que estamos acostumbrados a leer en las publicaciones (de 200 a 300 mg. y hasta de 1 gr.!!) (SCHUMANN). Creemos conveniente advertir a las pacientes, igual que cuando practicábamos el método P.P.P. que en cualquier momento preciso administraremos medicación correctora de las contracciones con objeto de que no se sientan frustradas si les damos medicación y piensen que "ellas" o nosotros hemos fracasado.

En 56 casos, 24,6 %, fue administrada anestesia "a la reina" (TRILENE) en el preciso momento de la liberación de la cabeza siendo la causa de esta necesidad, a nuestro juicio, no sólo la distensión vulvar sino la concomitante

maniobra de una Kriesteller necesaria en algunas ocasiones y efectuada por la matrona, en pacientes que la necesitaban y se encontraban con un dolor suplementario inesperado.

En ninguna otra paciente se empleó otra clase de droga analgésica (como trilene, barbitúricos, etc.).

Como ya dejamos señalado anteriormente, fue efectuada anestesia local en los 8 partos podálicos para la episiotomía previa obligada, en las nulíparas.

Nuestra técnica empleada sin preparación previa

Se sofronizó a las pacientes a su llegada empleando la técnica más adecuada a su personalidad. Por lo general usamos la de Braid que es la que más nos agrada en estos casos. En pacientes nerviosas usamos simplemente nuestro *Terpnos logos* impartiendo tranquilidad, relajación y sueño, con lo que resultaban las pacientes sofronizadas inadvertidamente, es decir, sin su consentimiento previo. Esta faceta del problema preocupó a uno de nosotros.

La falta de consentimiento por parte de la paciente a ser sofronizada, faceta que fue consultada a nuestro asesor religioso Redentorista, padre don Juan García Vicente, médico y psiquiatra por añadidura; asesor, repito, de nuestra Asociación de Sofrología Médica, quien nos aclaró que podía hacerse siempre que, por tratarse de personas ansiosas, sólo el hecho de proponerles una sofronización, nos pudiera dificultar la inducción de ésta, privándolas de un beneficio real. En realidad este problema nos lo planteamos constantemente en Medicina y muchas veces actuamos sin el previo consentimiento de los pacientes, siempre teniendo en cuenta que lo único que deseamos es su bien en primer lugar (p. ej., en intervenciones quirúrgicas en que tenemos que decidir extirpaciones en un paciente anestesiado y en el que presuponemos su consentimiento tácito al confiarse a nosotros).

Una vez lograda la sofronización pasamos a profundizarla rápidamente Cualquier técnica es buena. Generalmente usamos el método fraccionado de Vogt considerado el más rápido. Lograda cierta profundidad sugerimos tranquilidad, bienestar, analgesia, cooperación con nosotros y la matrona ayudante. Al llegar al período expulsivo sugerimos pujar lo más fuerte posible relajar al máximo en las pausas. Una vez salida la cabecita regresamos a la paciente para que lavea salir, experiencia sumamente interesante en el sentir de los psicoanalistas desde el punto de vista de la maduración de la mujer. Sofronizamos de nuevo a la paciente, para la salida de la placenta, puntos y amnesia del parto.

Con preparación previa

Consta de una serie de clases individuales o colectivas dadas con una frecuencia de una o dos veces por semana, y de unos 40 minutos de duración, en un total de unas 6, 10 o 12, según las pacientes. Solemos empezar entre el 6.º y el 7.º mes, salvo si antes hubo precisión de darlas con otro objetivo terapéutico (vómitos, sialorrea, etcétera).

La preparación consiste en: 1.º explicaciones previas sobre Sofrología y parto; 2.º inducción del estado sofrónico empleando técnicas adecuadas a cada paciente, profundización del mismo; 3.º sugerencias de analgesia en su día, anestesia en guante; 4.º nuevas explicaciones del parto con la paciente en estado sofrónico; 5.º enseñar a relajar y a empujar.

Estimación de profundidad

25 % profundamente sofronizables
35 % estado medio
35 % estado superficial
5 % refractarias

Técnica durante el parto (de las preparadas)

El tocólogo debe acudir pronto y sofronizar a sus pacientes antes que las contracciones sean tan dolorosas que puedan ejercer una sugestión negativa intensa. Es aconsejable que permanezca junto a la paciente lo más posible y repita con cierta frecuencia las sugerencias de indolorización, tranquilidad, bienestar y colaboración. Las pacientes de gran habilidad o buenos sujetos pueden prescindir mucho más de nuestra presencia que, por otra parte, no es obligada de un modo permanente, ya que podemos salir por períodos no muy largos tranfiriendo la dirección sofrónica, es decir, su gobierno a la matrona, médico auxiliar o, algunos sofrólogos lo hacen, al marido, cosa que Meares, el famoso hipnólogo australiano, desaconseja insistiendo en que debe ser el propio tocólogo el preparador antes del parto y el sofronizador durante elmismo . Al llegar al expulsivo se sugerirá pujar lo más vigorosamente. El resto del parto transcurrirá, como señalamos, en las no preparadas. Podemos además hacer sugerencias de un buen postparto, una buena lactancia, etc.

Modificaciones de la técnica

Una variante de este modo de hacer, es el parto en estado de vigilia, pero con orden postsofrónica de analgesia. Es decir en la preparación se

sugiere a la enferma un parto bueno, analgésico, con gran tranquilidad, y luego el parto transcurre con la paciente en pleno estado vigil y con una analgesia tanto más efectiva cuanto más sugestionable es nuestra paciente. En general los resultados así logrados son más pobres que con las demás técnicas como era de esperar. Lo he practicado con muchas pacientes de beneficencia de la Maternidad, y lo he podido constatar es una muy buena cooperación y un acortamiento notable del parto. Otra variante muy importante de estas técnicas es la:

Autosofronización

En ella, durante la preparación, se enseña y condiciona a la paciente a autosofronizarse ella misma. No es difícil, y es de resultados muy superiores a la anterior. También la practiqué muy ampliamente entre el grupo numeroso de embarazadas solteras de Maternidad acogidas por este Centro durante los 4 ó 5 últimos meses de su gestación. Aquí los resultados han sido sorprendentes en muchos casos, ya que prácticamente muy contadas veces he podido asistir personalmente al parto de dichas pacientes. Los resultados referidos por los médicos internos, o las matronas, han sido notables en cuanto a indolorización, cooperación y acortamiento de los partos, confirmados por el testimonio de las propias pacientes al visitarlas posteriormente. Las técnicas autosofrónicas tienen además múltiples aplicaciones en las personas que las dominan como son: podyerlas emplear en problemas dentales, insomnio, etc., y la paciente que las conoce se hace más tranquila, más serena y con un mayor autodominio, cosas nada despreciables.

Preparación grupal

Dijimos que la preparación podía ser individual o en grupo.

La preparación en grupo tiene sus ventajas, aunque no todas las pacientes son adecuadas a ella, entre aquéllas figuran: un menor gasto de tiempo por parte de todos; en la sesión dedicada a preguntas formuladas por las pacientes, contestamos a todas simultáneamente, y además, puede servir a pacientes que no se habrían atrevido a formularlas o simplemente no se les habrían ocurrido. Los conceptos se aclaran así más fácilmente.

Así como en la preparación individual es aconsejable la presencia del marido que además de tranquilizar a la mujer, él mismo se entusiasma con el sistema aparte de que en algunos casos, como dijimos, podremos transferir a éste la capacidad de inducir el rol sofrónico; en cambio, en la preparación grupal, no es necesario e incluso es perjudicial, ya que a las

pacientes les suele causar inhibición la presencia de los maridos de las demás.

En las preparaciones colectivas, conviene dirigirse a las pacientes con un Ud., en vez de Uds., como aconseja el Dr. GUBEL, argentino, como si sólo nos dedicásemos a cada una de ellas individualmente, y así lo perciben realmente. Deberemos emplear técnicas adaptables a todas ellas, ya que de no ser así no irían sincronizadas (p. ej., si empleamos la técnica de la levitación de la mano no todas irán a la vez y cuando una la inicia, otras ya han llegado al final).

La máxima ventaja es, en la preparación grupal, la economía de tiempo y de dinero, y una mayor eficacia, por lo general, ya que unas pacientes se aprovechan de las experiencias de las otras. Los autores rusos son los más partidarios de este método que practican en grandes locales (hipnotariums), KROGER y AUGUST, de EE. UU. también lo aconsejan así.

Asimismo se habla de preparación mediante cintas magnetofónicas, lo que ahorra trabajo y tiempo al tocólogo preparador, aunque según dicen las embarazadas, la profundidad sofrónica lograda es menor. Estamos de acuerdo con este obstáculo aunque aún no tenemos suficiente experiencia con esta última técnica del magnetófono para poder dar una impresión.

OTROS MÉTODOS PSÍQUICOS PARA LA ANALGESIA EN EL PARTO

Método de Tubinga (LUKAS), también llamado "la charla durante el baño" o "toilette" preparatoria.

Se ha extendido en Tubinga este método considerado de eficacia en la preparación de las parturientas que llegan a la clínica sin haber tenido ninguna clase previa. Consiste en una charla previa mantenida con la matrona (experta en el método), charla que tiene por finalidad establecer un profundo y rápido contacto humano con la paciente. Consiste en una ligera anamnesis de embarazos anteriores y actual. Situación psíquica actual. Exploración e informe sobre la marcha del parto. Breves ideas anatomofisiológicas del parto normal preferible con grandes láminas ilustrativas, que permitan a la paciente hacerse una rápida idea de la situación.

LUKAS ha visto cómo esto tan sólo, en muchas mujeres, ha producido una supresión del miedo y ansiedad, logrando una mejor cooperación.

A continuación la matrona da instrucciones sobre conducta durante la dilatación y expulsión (respiración, relajación y pujar). La matrona vigilará atentamente la marcha del parto, y solamente si los dolores fueran muy fuertes o intolerables (lo que suele suceder al final de la dilatación) usará algo de Dolantina.

Por este método LUKAS, en Tubinga, consigue un 37 % de mujeres sin

necesidad de analgesia medicamentosa en el parto. Al final, al coronar la cabeza, hace infiltración con anestesia local (pudiendo) en las primíparas, o en las multíparas con cicatrices perineales extensas, para que asistan despiertas al nacimiento de su hijo. Considera fundamental que el personal auxiliar funcione bien acorde.

Comentario. Sigo insistiendo en la curiosa repetición de las cifras 25 a 30 % de buenos resultados que vemos al repasar todas las técnicas.

Insisto en que coinciden curiosamente con el % de personas de alta sugestibilidad, observado en cualquier grupo, aproximadamente el 25 %.

ENTRENAMIENTO AUTÓGENO DE SCHULTZ

No vamos a tratarlo aquí extensamente, ya que es de sobra conocido de todos ustedes. Para los que no oyeron hablar del mismo, diré que es la obra de un neurólogo alemán famoso que escribió su primer libro en 1932, y en 1953 se publica su 8.ª edición (que es la que yo tengo). Se ha dicho que el entrenamiento autógeno es al espíritu lo que la gimnasia al cuerpo. Diríamos que es el Yoga del hombre occidental. En Alemania se ha difundido extraordinariamente y muchos miles de personas, sobre todo médicos, lo practican. SCHULTZ, hombre expertísimo en técnicas de hipnosis, y de esta especie de autohipnotismo que es su método, mediante el logro de sucesivas vivencias como: 1.º, sensación de peso corporal (debido a la relajación muscular); 2.º, de calor en los miembros (debido a la relajación vascular), lográndose por éstos y otros muchos más ejercicios que no voy a citar, un gran estado de reposo y tranquilidad.

Según él, el método se caracteriza por una autoconmutación del organismo, al colocarse en actitud de profunda concentración en sí mismo, lo que brinda enormes posibilidades de modificar la conciencia propia y las vivencias del sujeto que lo practica.

Ha sido PRILL, en 1956, quien aplicó con buen resultado el entrenamiento autógeno en el parto. Su técnica es: Sesiones grupales a las gestantes enseñándoles: 1.º Técnica respiratoria; 2.º Sesiones de entrenamiento autógeno (vivencias de peso, calor, latido cardíaco, respiración, frente fresca, etc.); 3.º Explicaciones técnicas sobre el parto.

Los resultados fueron buenos. Según las parturientas, las sensaciones son percibidas como sensaciones sordas y atenuadas, parece que la matriz la sienten muy lejana; es decir, logran una íntima desconexión entre sensaciones y vivencias, y los dolores pasan sobre ellas como "un oleaje suave". Algunas embarazas (PRILL dice 64 %, lo que a mi juicio es mucho), precisaron alguna inhalación de trileno.

Técnica de la relajación progresiva de Jacobson

Este autor, se apoya en bases puramente fisiológicas, desechando por completo toda formación psicológica previa. Se limita a la pura enseñanza de la relajación. Enseña la relajación a partir de la contracción previa de los músculos de los miembros que luego enseña a relajar. La gestante, al aprender a contraer (en varias sesiones de entrenamiento) todos los músculos de su cuerpo, está en magníficas condiciones para lograr la relajación voluntaria de los grupos musculares que desee.

Esto logra una gran analgesia y cooperación de la paciente en el momento del parto. El progreso en los resultados observados por la embarazada, incluso con registros electromiográficos, la refuerza en su convicción de que todo marchará bien durante el parto, eliminando así el temor y la ansiedad.

Sin embargo, a mi juicio, aunque en este método, Jacobson no hable para nada de medidas sugestivas, creo que por sí solo constituye un elemento sugestivo sobre las pacientes que acuden puntualmente a las clases en grupo "para evitar el dolor".

Técnica de la concentración de Earn (Canadá)

Earn, de Winnipeg (Manitoba), practica este método para la analgesia en el parto. Dice que es una modificación del de Read. Propone a las gestantes ya instruidas y acostadas, a fijar con la mirada un punto en el techo, durante 1-2 minutos y hasta que se les cierren los ojos, y les va diciendo que aflojen los músculos de las extremidades, luego tronco, cabeza y nuca. Les dice que se repitan mentalmente "la próxima vez quiero relajarme mejor y más profundamente. Cuando esté de parto, me relajaré automáticamente y permaneceré así hasta que tenga que empujar".

Creo que sobran los comentarios: éste y todos los métodos anteriores psíquicos señalados, es decir, el Schultz, el Jacobson, el PPP, el de Read, etcétera, etcétera, son el logro del estado sofrónico más o menos profundo, más o menos imperfectamente, pero simple y llana "sofronización". Por haber experimentado prácticamente todos, añadiré como colofón que la paciente que ha dado a luz bajo distintos métodos y ha conocido finalmente la sofrosis pura, y bien hecha, no desea volver a usar ningún otro sistema.

Parto y teoría del atavismo

(Sin que crea en ella, la citaré como curiosidad entre otras tantas teorías).

La mujer actual se enfrenta ante el parto, como ante un problema mucho mayor que lo fue para la mujer primitiva. Esta consideraba estos asuntos con la mayor naturalidad.

Tal vez podría explicarse que la región atávica que es la sofronización, ejerce sobre el parto su acción benéfica a través de este mecanismo.

Comparación del p.p.p. (parto psicoprofiláctico) y el sofrónico

Es evidente la mayor eficacia del sofrónico por su mayor analgesia.

Es indudable que con PPP no se pueden efectuar fórceps, episiotomías, revisiones de placenta, ni cesáreas sin otra anestesia que la psíquica, operaciones todas ellas practicables bajo sofroanalgesia.

Está fuera de duda que el PPP utiliza la sugestión, pero imperfectamente, de un modo incompleto, no en todas sus enormes posibilidades sofrónicas.

Antes de seguir comentando este punto quisiera hablar algo sobre el *Método Psicoprofiláctico.*

Creo a todos ustedes impuestos sobre el tema, pero intentaré resumir en breves líneas de lo que se trata. Lo he practicado durante varios años y creo tener suficiente experiencia propia para juzgarlo imparcialmente.

El método PPP se basa en una preparación psico-física de la futura madre consistente en una serie de clases: 1.º Teóricas, de anatomofisiología del aparato genital, durante embarazo y parto, con ayuda de buenas láminas donde se muestre simple y esquemáticamente el canal genital, y la colocación y paso del feto a través de éste.

2.º Se les enseña a las embarazadas a relajarse y a respirar explicándoles cómo todo esto es bueno para su parto. Se les enseña a pujar para que luego lo hagan correctamente en el período expulsivo.

3.º Se les da una serie de clases teóricas en las que se les habla de los reflejos condicionados de Pavlov (el célebre Premio Nobel ruso), y cómo el dolor en el parto se ha originado en el transcurso de la humanidad como un reflejo condicionado a través de la palabra (leída, oída, etc.), ya que el teatro, el cine, la T. V., la literatura, las amigas, la madre, y por si fuera poco, la Biblia, dicen "parirás con dolor", "el parto entraña dolor", "acarrea peligros". Así pues, los preparadores del PPP creen que el dolor del parto es un mito, una leyenda, y que la contracción del útero no tiene por qué ser dolorosa, y con toda esta preparación las mujeres quedan ya descondicionadas a este castigo inexorable e, incluso, "recondicionadas de nuevo" a que contracción no es sinónimo de dolor sino de "respiración jadeante", etc.

Luego llega el parto y les duele, ¡cómo no iba a ocurrir!, pero eviden-

temente se portan mejor, tienen menos miedo, se relajan mejor, empujan mejor, en suma, tienen mejores partos que las no preparadas, y además, a algunas no les duele casi nada (en la proporción aproximada de la escala de sugestibilidad de la población en general que ya mencionamos, o quizás en mayor proporción porque desean ayuda).

Entonces los preparadores se encuentran con que "duele" (yo estoy convencido de que el parto duele y todos los preparadores del PPP se han ido convenciendo de ello); por lo que se cree más sensato no hablar de "parto sin dolor", sino de "parto sin temor" (hemos bajado un peldaño).

Luego, analizando los fundamentos del PPP vimos qué endebles eran.

Las clases de Anatomía y Fisiología eran inútiles, ya que las matronas y las mujeres médicos sufren en sus partos exactamente igual que las demás y son pésimas pacientes. Creemos, pues, que si la instrucción teórica es útil a veces, es por lo que tiene de psicoterapia de grupo.

También se ha discutido el valor de la gimnasia que algunos aconsejan en la preparación del PPP. Ya SELHEIM nos habló de las dificultades en el parto que tienen las atletas, debido a la mayor resistencia de los músculos del suelo de la pelvis.

Yo creo, sin embargo, útil el adiestramiento de los ejercicios de expulsión.

En cuanto a la respiración del método PPP actuaría como un gran elemento sugestivo. Sabemos cómo la respiración profunda actúa como tranquilizante.

Las clases, diciendo que el parto no era doloroso, carecían de base científica, falta de fe que las embarazadas captaban por lo general; porque, ¿cómo no creer en el dolor del parto? Mujeres anestesiadas con pentotal, escopolamina, dolantina, etc., se quejan durante las contracciones. Como dice ORENGO, las enfermas eclámpticas en coma, se quejan durante la contracción. Este autor, entusiasta divulgador e infatigable investigador sobre el tema del PPP, preparador de cientos de mujeres, dice textualmente: "La base teórica que sustentaba el parto sin dolor se nos viene abajo". Sin embargo los resultados no son desalentadores ni mucho menos, ya que la mujer preparada se comporta mucho mejor. ¿Por qué?, se pregunta. Yo me permito contestarles desde aquí. Los resultados del PPP se deben a que un % de las pacientes son sugestionables, y se les dice que no tendrán temor ni dolor en su parto; se les cambia la palabra dolor por contracción (cosa pueril, pero tal vez efectiva). Se les da clases colectivas (lo que es indudablemente una útil psicoterapia de grupo). En resumen, se hace *Sofrología* sin saberlo, y por lo tanto no perfecta. Se les hace "sofronización vigil":

VENTAJAS DE LA SOFROLOGÍA EN LA CONDUCCIÓN DEL PARTO "SIN DOLOR"

1.º Carece de peligros materno y fetal. Evita pues, la depresión respiratoria o circulatoria de madre y feto, y por ende, la anoxia, asfixia y lesiones cerebrales.

2.º Puede darse en prematuros debido a todo lo anteriormente señalado.

3.º Puede darse en pacientes que no toleren las drogas anestésicas (alérgicas, cardíacas, toxémicas).

4.º Acorta la duración del parto muy notablemente.

5.º Disminuye el porcentaje de partos operatorios por cooperar la paciente en el período expulsivo y por carecer de drogas inhibidoras de la cooperación y de la contracción.

6.º Eliminación del dolor, temor, inquietud, falta de cooperación.

7.º Posibilidad por parte de la paciente de ver nacer a su hijo, lo que estiman los psicoanalistas una experiencia emocional importantísima para la mujer.

8.º Evita el shock obstétrico (al revés que los barbitúricos, opiáceos, etc.).

9.º Aumenta la resistencia a la fatiga.

10.º No hay depresión de la contractilidad uterina (cosa constante con la analgesia farmacológica).

11.º La paciente puede recuperar su estado vigil en cualquier momento (lo que no ocurre con las drogas que necesitan eliminarse).

12.º Da un mucho mejor postparto y postoperatorio.

13.º Se observa una menor pérdida de sangre. En cirugía y odontoestomatología se ha observado también este fenómeno. ¿Por espasmo capilar? ¿Por mayor coagulabilidad? —se preguntan—. Creo que en obstetricia se debe casi exclusivamente a la ausencia de drogas relajadoras, inhibidoras de la contracción que luego producen atonía y hemorragia.

14.º Es una técnica que no necesita aparatos, y por lo tanto, factible tanto en la clínica como en el domicilio de la paciente (cosa importante en el medio rural, adicto todavía al parto domiciliario).

15.º Por simple orden del médico puede producirse una total relajación del perineo.

16.º En los casos que no va bien la sofroterapia por falta de cooperación de la paciente, por insuficiente preparación previa, etc., una cantidad mínima de analgesia suele bastar, según nuestra experiencia.

17.º La mujer entrenada en técnicas autosofrónicas podrá además

utilizarlas en otras ocasiones (cuidados dentarios, algias, insomnios, necesidad de un descanso breve pero profundo y reparador, etc.).

18.º Posibilidad de efectuar intervenciones obstétricas sin anestesia en los casos en que esto fuese necesario (fórceps, cesáreas, ventosas, perineorrafias, alumbramientos artificiales, etc.).

Inconvenientes

No todas las pacientes pueden alcanzar una sofronización suficiente para lograr una analgesia. Es cierto que hay pacientes anasofrónicas en un por ciento bajo. Se estima por lo general en un 5%. Otros autores dan el 10 % (esto ya se ve durante las clases preparatorias y algunos médicos las eliminan de la preparación). Yo nunca lo hago, ya que en cualquier caso la preparación sofrónica aun la más ligera les da confianza, tranquilidad y apoyo. El porciento de pacientes que se benefician al máximo con indolorización total absoluta fue del 27 % en nuestros casos. Cursaron bien un 47%. Regular 20 % y sin resultado, 8 %.

Mayor gasto de tiempo para el obstreta. Para la preparación y mayor necesidad de permanencia junto a la paciente durante el parto, aunque se puede dejar sola algunos ratos, dejando el control sofrónico a la matrona o a algún ayudante.

Contraindicaciones

Pacientes psicóticas, y fuertemente perturbadas, a menos que el sofrólogo especializado, esté además especializado en psiquiatría.

Hay que tener en cuenta, además, que es prácticamente imposible sofronizar a un psicótico.

Y para terminar, esperemos que el interés de médicos y pacientes por los métodos de preparación psíquica para el parto, que pudiéramos llamar de psicoanalgesia y que comprenden el método Read, el PPP y el Parto sofrónico (este último el más eficaz, con mucho, en manos de obstetras bien entrenados), desplace a los demás métodos de indolorización del parto mediante el empleo de drogas altamente peligrosas, no sólo para la vida, sino para el futuro desarrollo intelectual del recién nacido.

Dr. Ernesto Vallejo Moriones, Médico Tocoginecólogo. De la Maternidad Santa Cristina de Madrid. Secretario de la Asociación madrileña de Sofrología médica.

La Sofroterapia en Estomatología

U. ARIAS

Al iniciar este trabajo nos vemos obligados a intentar esclarecer, aunque sea de forma muy somera, los límites y el alcance de los dos conceptos citados: Sofrología y Estomatología.

CONCEPTO SOFROLOGICO

La Sofrología es una escuela, y nos remitimos a los trabajos de su fundador Dr. CAYCEDO (1), que estudia las modificaciones de los estados de la conciencia, con un enfoque fenomenológico, muy de acuerdo con los pensadores de la escuela antropológica existencial (2). La Sofrología, lo hemos repetido muchas veces, no es sinónimo de la Hipnosis, es un concepto mucho más amplio, se interesaba en el estudio de los cambios producidos en la conciencia, englosando, sin prejuzgarlos, una serie de fenómenos que van desde las antiguas técnicas exótico-mágicas, estados psicológicos del Yoga, Kiai de los japoneses, Voudu Haitiano, etc., pasando por la Hipnosis clásica ochocentista de BRAID, los estudios de parto sin temor de READ (A.N. o parto natural), parto sin dolor de NICOLAIEV VELVOSKI modificado por LAMAZE (M.P.P. o método psicoprofiláctico) hasta las técnicas de la Hipnosis activa fraccionada de KRETSCHMER, entrenamiento autógeno de SCHULTZ, técnicas de JACOBSON y CHERTOK, etc., por no citar más que algunos ejemplos (3).

Nada de extraño tiene que a un nuevo enfoque conceptual surja aparejada una nueva semántica. Esto lo vemos a cada paso en el campo de la

fenomenología, que en su afán de nuevas, más ricas y más vividas descripciones conceptuales se tiene que inventar, pudiéramos decir, su terminología. Por eso CAYCEDO propuso el término SOFROLOGÍA para una "nueva ESCUELA CIENTÍFICA", en la que militamos hoy médicos de muy diversas especialidades en muchos países.

No quiero tocar otros temas para evitar la repetición de conceptos que serán aclarados por otros compañeros. Centrándome en mi especialidad, quisiera comenzar diciendo que denominaciones como "Sofrodoncia", "Hipnodoncia", etc. que algunos utilizan, carecen por completo de fundamento. Es la persona humana y no el diente, ni el odontón, ni el aparato estomatognático lo que sofronizamos. Tanto desde el punto de vista sofrológico, como del estomatológico estas nomenclaturas están superadas, como demostramos ya en anteriores publicaciones (4).

CONCEPTO ESTOMATOLOGICO

Nosotros no podemos concebir la Estomatología, más que como una rama o especialización de la Medicina y por Medicina entendemos la psicosomática, somatopsíquica, antropológica, existencial, como se quiera denominar. Esa Medicina que se da cuenta de que el objeto de su estudio no es el soma, sino la "persona humana", unidad cuerpo-alma. El especialista que olvide esto ciñéndose sólo a la Medicina científico-natural, tendrá mucha ciencia, mucho intelecto, pero para nosotros vendrá a ser una especie de veterinario ilustrado.

Por eso nos da mucha pena cualquier movimiento —actualmente existe— encaminado a concebir la "Odontología" de espaldas a la Medicina, configurándola como una especialidad "subdesarrollada".

Si existen, y son imprescindibles, las especialidades en la Medicina, es debido a nuestro corto intelecto, a nuestra limitación humana, pero no a que la "persona" pueda ser parcelada artificiosamente. Todo especialista, Otorrino, Oftalmólogo, Estomatólogo, Ginecólogo, Anestesista, etc., tiene que empezar por ser médico, lo cual no significa que no haya que modificar el plan de estudios de Medicina, pero esto se sale de nuestro tema.

Quiero, en estas generalidades, dejar constancia de dos puntos, sobre los cuales más tarde insistiremos y que juzgo de interés:

1) Que es posiblemente nuestra especialidad aquella a la cual los pacientes se acercan con más miedo, y que en ocasiones este miedo llega a ser angustia.

2) Que es la única que, en un país civilizado, tiene que atender a los abuelos, padres, hijos y nietos de ambos sexos y vigilarlos cada 6 meses,

por lo menos a partir de los tres años. Con lo cual la importancia que desde el punto de vista de la Medicina Social adquiere es eminente y sobre todo, desde el enfoque del diagnóstico precoz de una serie de afecciones y el consiguiente encauzamiento del paciente hacia el especialista correspondiente. En los momentos actuales en que vivimos el declinar de esa venerable figura del Médico de cabecera, la misión del Estomatólogo adquiere un rango y una responsabilidad extraordinaria.

APLICACION DE LA SOFROLOGIA EN NUESTRA ESPECIALIDAD

Para esquematizar y no alargarme en demasía voy a empezar por citar los tres apartados fundamentales, el trípode sobre el cual, a mi modo de ver, se asienta la utilización de la Sofrología en mi especialidad y son:

I) Sofroanalgesia y Sofroanestesia (*).
II) Lucha contra la angustia.
III) Manejo de la relación Médico-enfermo.

I) SOFROANALGESIA Y SOFROANESTESIA

Empiezo por este apartado que es el más "aparatoso", y por el cual se sienten especialmente atraídos los que por primera vez se acercan a las técnicas sofrológicas. Por lo que a mí respecta, concedo primacía a los otros dos apartados: Lucha contra la angustia y la relación Médico-enfermo, pero tanto la sofroanalgesia, como la sofroanestesia, en el caso de lograrla, no cabe duda de que son fenómenos del máximo interés, tanto teórico como práctico.

No es mi intención dilatarme en disquisiciones teóricas pues lo que nos interesa es la fenomenología. Como muy bien dice CAYCEDO hablando de la Sofrología "sus fenómenos son reales y comprobables, si bien el mecanismo íntimo de su acción es, por el momento, imposible de explicar, a riesgo de caer dentro del malabarismo hipotético" (3). Pero a sabiendas de incurrir en este riesgo y teniendo presente que el hombre, como ser racional siempre tiene que esforzarse por intentar la comprensión de los fenómenos observados, citaré muy escuetamente el funcionamiento que,

(*) En Sofrología, desde sus comienzos, hemos utilizado el concepto de *Sofroanalgesia* como la combinación de la sofronización con los anestésicos químicos, y *Sofroanestesia* como la anestesia sofrónica pura, sin anestésicos químicos.

a mi parecer, ayuda a esclarecer algo el "mecanismo" del estado sofrónico.

H. W. MAGOUN, entre otros, nos ha recalcado la importancia de los "feedback" o "circuitos de retroalimentación" reticulares en el fisiologismo encefálico, influencia en la vigilia, atención, sueño etc. (5).

Si tenemos también presentes, tanto los estudios sobre el reflejo de orientación, como sobre el fenómeno de la habituación, iniciados por SHARPLESS y JASPERS (6) y aplicamos estos conocimientos al concepto del "patrón neuronal cortical" de SOKOLOV (7) podríamos explicarnos la inducción sofrónica como ocupando un lugar dentro del desencadenamiento del fenómeno de la habituación. Es más, en la heterosofronización, empezaríamos en realidad por desencadenar el reflejo de orientación con nuestras sugerencias, creando la expectación precisa, prestigio profesional, etc., para después en brusco viraje sumergir al sujeto de experiencia en el fenómeno de la habituación, mediante este recorte y fijación en el campo de la atención, monotonía por repetición de nuestro "terphnos logos" y también mediante la magna acción de las sugerencias.

El mecanismo sofrónico podríamos resumirlo, a nuestra manera, diciendo que "el estado sofrónico es un estado particular de conciencia, producto de una disposición encefálica en la cual, partiendo generalmente de un reflejo de orientación, se provoca un sistema de retroalimentación reticular inhibidor, desencadenante del proceso de habituación, con fenomenología psicosomática concomitante, en dependencia de nuestras sugerencias y de la acción dinámica específica individual del sujeto sofronizado".

Los entrecomillados son citas de mi trabajo "Estado Sofrónico y Sistema Reticular" (8) al cual remito a quien pueda estar interesado en el tema; pues la extensión solicitada para esta comunicación no me permite extenderme más sobre el particular. De todas formas insisto en que estas disquisiciones teóricas las toméis como lo que son, un intento más de penetrar en el intrincado fisiologismo encefálico que nos va a dar el estado sofrónico, pero que en realidad lo que a nosotros nos interesa es la fenomenología, los hechos clínicos, los resultados obtenidos, pues como dice ALEXIS CARREL "el valor de una técnica se mide por sus resultados". Ya en otra publicación anterior glosamos estos aspectos (9).

La importancia de la Sofroanalgesia y Sofroanestesia en mi especialidad es manifiesta si se tiene en cuenta, por un lado, que la inmensa mayoría de las intervenciones o maniobras operatorias que efectuamos son dolorosas y requieren la utilización de anestésicos y por otro que la sofroanestesia es, a nuestro modo de ver, la anestesia ideal (10) por las siguientes consideraciones:

1.ª Carecer de la acción tóxica, física y química, de la anestesia local, encharcamiento del campo operatorio, etc., y de los peligros de la

general, que aun contando con los inmensos avances de la anestesiología, son, sin embargo, valorables.

2.ª Profundidad reglable.
3.ª Amplitud y variación del campo a elegir.
4.ª Aparición y desaparición también reglables.
5.ª Gran placidez y sosiego por parte del paciente.
6.ª Cumplimiento de sugerencias postsofrónicas.

En cuanto al primer punto, todo profesional que tenga experiencia en el manejo de los diversos tipos de anestesia local, troncular, general y soroanestesia, habrá podido constatar que las molestias locales del postoperatorio guardan una relación con el tipo de anestesia empleado, que de mayor a menor es el siguiente: Anestesia local infiltrativa, anestesia troncular, anestesia general y sofroanestesia. Nosotros, por consideraciones generales, descartamos siempre que podemos la anestesia general por factores locales, la infiltrativa, y nos quedamos sistemáticamente con la anestesia troncular y la sofroanestesia (11), empleando desde luego mucho más la primera que la segunda por influencia del factor tiempo.

De todas las especialidades médicas, puede que sea la estomatología la que tenga que enfrentarse en lucha más enconada con el tiempo, para lo cual no hay más arma que una ordenación racional del trabajo, una planificación de éste y la reserva del tiempo necesario para cada tratamiento a efectuar. Así nosotros, actuando sistemáticamente dentro del campo de la Sofrología (mucho más extenso que el de la Sofroanestesia) no solemos esforzarnos por lograr ésta más que:

a) Cuando está indicada una profundización en el estado sofrónico.
b) En tratamientos largos, en los cuales la pérdida de tiempo de la primera introducción compensa el ganado en posteriores ocasiones con el empleo del signo señal.
c) Cuando esté contraindicado cualquier otro tipo de anestesia (12), aunque hay que reconocer que las contraindicaciones de la anestesia troncular son escasísimas.

En cuanto a los puntos 2.º, 3.º y 4.º, nosotros con nuestro "terphnos logos" y el empleo de las técnicas oportunas, conseguimos profundizar o hacer desaparecer la anestesia y ampliar o variar por completo la región anestesiada, lo cual nos resulta de gran utilidad pues podemos trabajar en la misma sesión en dos demiarcadas o incluso en las dos arcadas, con ventaja ostensible para nosotros y para el paciente.

Por lo que respecta a la placidez y sosiego que experimenta el paciente insistiremos más adelante, al hablar de la lucha contra la angustia. Sólo recalcaremos aquí que el paciente al cual se le ha intervenido con sofroanestesia, ya no quiere saber nada de la anestesia química, no sólo por prescin-

dirse del pinchazo consiguiente, sino porque se siente halagado con ese "dominio" que logra sobre su S. N. V., sobre lo cual nosotros fijamos su atención, y porque se siente entretenido, bien por desviación de la atención sobre las maniobras operatorias, bien por el proceso de la recordación o incluso de la revivificación (4), pues siempre resulta más agradable ver una película, o vivir una excursión o cualquier grato recuerdo, que estar sentado en el sillón, sometido al torno o a la turbina.

En cuanto al último punto, cumplimiento de sugerencias postsofrónicas, es fácil comprender que resulta para nosotros, y sobre todo para el paciente, de una importancia capital. Pensar por ejemplo en la posibilidad de prolongar la anestesia durante dos o tres horas, conseguir la ausencia de algias en el postoperatorio, influir sobre la cicatrización y la hemorragia, etc., fenómenos que para algunos que olviden la unidad psicosomática del individuo, de la persona humana, podrán parecer extraños, pero que ya eran citados en la "Odisea" (13) y conocidos en las primeras dinastías egipcias, cuando utilizaban la presencia del hombre hemostático en las trepanaciones.

II) Lucha contra la angustia

Ya anteriormente hemos dejado constancia del hecho, fácilmente observable, de que es probablemente nuestra especialidad estomatológica, aquella a la cual se acercan los pacientes con mayor dosis de miedo, que en ocasiones llega a angustiarlos profundamente. Esto es más de extrañar si se tiene en cuenta que, en líneas generales y con las desgraciadas excepciones siempre existentes, el estomatólogo es un especialista intensamente preocupado en no hacer daño, pues aparte otras consideraciones humanitarias, en esto estriba el elevado tanto por ciento de su éxito profesional.

El paciente llega alerta, supervalorando cualquier pequeña molestia, exigiendo en este sentido un trato mucho más exquisito que el que recibe en otras especialidades.

No me resisto a hacer algunas consideraciones al respecto, porque me parecen de interés. A mi modo de ver este miedo ilógico podría tener, entre otras, las siguientes raíces:

1.ª Las que se derivan de las consideraciones sobre el desarrollo filogenético de los componentes del dolor, siguiendo el pensamiento de Freud (14), considerando la boca como primera zona energizada por la libido, por la energía vital, entremezclándose en su territorio, desde el primer momento, las primeras sensaciones dolorosas y placenteras, el hambre o primera sensación de disforia o displacer, que cesa con el amamantamiento del pezón.

2.ª Las posteriores y más conscientes experiencias dolorosas experimentadas en torno a la boca. A este respecto y como ejemplo de inusitada importancia en la práctica, todos los especialistas hemos podido constatar la gran diferencia que existe entre tratar a un niño no amigdalectomizado, o amigdalectomizado previa anestesia general con intubación, a operar algún otro fuertemente traumatizado tras esa otra técnica de simulacro de anestesia y tirón. El dolor no pasa nunca, siempre deja fuertemente marcado al sujeto, que se angustiará ante cualquier experiencia que le recuerde la anterior.

3.ª En tercer lugar el "pecado original" de nuestra especialidad, la "falta de prestigio profesional heredado", no del prestigio que uno a uno nos vayamos labrando, sino de ese otro prestigio ancestralmente heredado, transmitido de nuestros mayores, prestigio de grupo, pues mientras el Médico desciende del fraile conventual, con gran prestigio y valores humanos, el "dentista" proviene del charlatán de plazuela. Esto hoy en día en nuestra patria, donde el estomatólogo es Médico y además especialista, no tiene razón de ser y afortunadamente en este sentido se nota un avance de generación en generación. Lástima que en los momentos actuales estos conceptos estén en revisión y algunos quieran volver a la época del barbero.

Pero sea como fuere la angustia se produce y en la Sofrología tenemos un arma de extraordinaria utilidad para combatirla. Los hechos han demostrado tener una aplicación y es un hecho que el movimiento Sofrológico, e incluso anteriormente en el último resurgir de las técnicas hipnóticas a partir de la última guerra, en primerísimo lugar de vanguardia se encuentran mis compañeros de especialidad. Esto no tiene otra explicación que el reconocimiento de la bondad de estas técnicas y su gran aplicabilidad dentro de nuestro campo de trabajo y este punto viene, a mi modo de ver, de la mano de esta magnífica posibilidad de ayudar al enfermo miedoso o angustiado.

Esto resulta más y más aparente si comprendemos que los peligros y contraindicaciones de las técnicas sofrológicas y las interesantísimas consideraciones deontológicas, a las cuales dedicamos amplia atención en los cursos que dictamos, que por falta de tiempo aquí no podemos glosar, son aún más insignificantes en la actuación sofrológica dentro de mi especialidad, donde raramente nos interesan los estadios profundos, ni el remover ampliamente los recuerdos del paciente en busca de una catarsis.

También es digno de tenerse en cuenta el hecho de que nosotros atendemos todo tipo de personalidades y no solamente las más o menos alteradas, psicopáticas, etc. encontrando por tanto más amplio margen para la aplicación de la Sofrología

Por otra parte, es incuestionable el hecho de que un buen porcentaje

de la patología actual podríamos englobarlo en la denominación de "patología de la prisa". El enfermo se siente angustiado por consideraciones económicas, sociales, familiares, etc., en lucha siempre contra el factor tiempo. En estos casos, los beneficios que se obtienen sencillamente con las técnicas de relajación, por ejemplo la relajación concentrativa de SCHULTZ (15), son manifiestos y nosotros procuramos en muchas ocasiones aprovechar la media hora de sesión de trabajo para dictar la técnica. En sujetos fácilmente sofronizables hemos conseguido que dominen los seis ejercicios del primer grado, en una sola sesión, lo cual resulta de una importancia práctica extraordinaria para el paciente que no tiene que ensayar día a día, durante meses, entrenándose para lograr un éxito mucho más precario.

III) RELACIÓN MÉDICO ENFERMO

Desde mis primeros balbuceos en las técnicas sofrológicas, en que tuve el privilegio de haberme iniciado directamente con CAYCEDO en Madrid en 1960, quedé fuertemente impresionado por el extraordinario reforzamiento que se produce en la relación Médico-enfermo (4), (16) reforzamiento que si lo sabemos encauzar debidamente no puede repercutir más que en beneficio del paciente y en facilitación de nuestra terapia. Por la gran importancia que concedo a este capítulo y por ser, en realidad, de utilidad en cualquier especialidad, me perdonaréis que me extienda algo más sobre el particular, aun a riesgo de repetir algún concepto que en otras publicaciones ya he abordado.

No hace falta recordar los trabajos de FREUD (17) sobre la transferencia, donde se van a cimentar todos los posteriores estudios, pero sí me gustaría glosar de pasada los trabajos de JAY HALEY (18), que se llama a sí mismo "analista de la comunicación", porque sus modos de obrar, aplicados a nuestras técnicas, tienen la ventaja de que son objetivables y nos pueden resultar de utilidad.

Parte de la base de que la relación, el encuentro entre dos personas, presenta, desde los primeros instantes, múltiples posibilidades. Según éstas, se van definiendo sobre la marcha la relación a establecer y de aquí surge la conducta. Nosotros vamos lanzando mensajes, pero ningún mensaje existe aislado de otro que lo "califica". No es posible dejar de calificar un mensaje, lo cual es de gran utilidad práctica para el correcto manejo de la relación Médico-enfermo.

Los mensajes pueden "calificarse" a través de cuatro factores que son:

a) El contexto en que se manifiestan. No es lo mismo la bienvenida que el jugador de ajedrez solitario da a otro jugador, que la de una

persona adormilada al que viene a importunarle, producto sólo de la cortesía o de la caridad fraterna.

b) Los mensajes verbales.

c) Las modulaciones vocales y lingüísticas, tono de voz, nuestro "terphnos logos", etc.

d) Los movimientos corporales, los mensajes extraverbales, que son de grandísima importancia, la sonrisa, los ademanes comprensivos, el acercarse más o menos al paciente, etc.

La calificación que se establezca puede ser a su vez:

a) Congruente, afirmante, que hace sentirse al paciente por camino seguro, o

b) Incongruente, que niega, que establece la duda y lleva así al paciente a la "paradoja".

Para el correcto control de la relación Médico-enfermo nos interesa entonces la resolución de estos dos problemas:

1.º Qué mensaje y tipo de conducta caracterizarán esta relación, y

2.º Quién controlará lo que ocurra. Es incuestionable que en nuestro caso deberá ser el médico el que en realidad controle la situación (aunque en ocasiones al paciente no se lo parezca), pues en caso contrario, en lugar de una terapéutica, instauraríamos una acción yatrógena.

Según esto, habría tres tipos fundamentales de relación interpersonal, que nos llevan a tres tipos fundamentales de conducta:

I) Relación "simétrica", en la que se intercambia el tipo de conducta. Es la relación competitiva de dos colegas o dos deportistas que intercambian opiniones.

II) Relación "complementaria", en la que uno da y otro recibe, como en el caso del maestro y el alumno, del padre y el hijo (recordemos que el éxito del padre estará en saber pasar, en el momento adecuado a la simétrica y mecerse entre las dos, o nunca será amigo de su hijo), y

III) Relación "metacomplementaria" en la que uno permite que el otro ponga en marcha una maniobra para pasar a tomar el mando, y por tanto, desde el momento en que "permite", en realidad continúa controlando la relación. Es por ejemplo, el permitir e incluso alentar al paciente a que se ría cuando se inicia una técnica de sofronización.

Del correcto manejo de estos conceptos surgen una serie de maniobras, que nos ayudan mucho en nuestra labor, pero que aquí no tenemos tiempo de glosar, remitiéndoos por tanto a la obra del autor citado.

La relación Médico-enfermo quedamos en que no es más que un interesantísimo capítulo dentro de aquel otro más amplio de las relaciones interhumanas, de las relaciones personales. Es el encuentro entre el que sufre y el que intenta paliar el sufrimiento.

Pero si queremos hablar de relaciones personales, si queremos definir el tipo de comunicación que logramos con nuestros pacientes, no tenemos más remedio que partir del concepto de "coexistencia" de MARTIN HEIDEGGER (19), del "dasein", del estar-en-el-mundo y del "mit dasein), del ser-con-otros.

El encuentro con otra persona revela un sentimiento de coexistencia y para HEIDEGGER, la coexistencia es algo radical en el ser. El ser humano, ontológicamente, es solidario a otros, está "consiendo" con otros. Pero el sujeto de esta coexistencia es el "man", el ser amorfo, el hombre en general, que podríamos traducir en el "se dice", "se piensa", pero no personalizando, "Juan dice, Pedro piensa". Precisamente por esto SARTRE dice que la existencia auténtica en HEIDEGGER es un monólogo..

GABRIEL MARCEL (20), (21), por su parte, subraya que el "tú" no es un objeto. Cuando yo le invoco, mi relación hacia él es de "disponibilidad". La relación con el "tú" no es, por tanto, de exterioridad, o inclusión, sino de "penetración recíproca". Ontológicamente, la comunicación con el "tú" es una comunión con el ser, es un co-esse y entonces aquí el "mit dasein" de HEIDEGGER cobra acento rigurosamente personal, ya no es el "man" amorfo.

Se llega así a un punto crucial. Dice MARCEL, ese "tú" sólo es accesible no nombrándolo, resulta sólo accesible por el amor. Sólo por el amor aparece manifesta de una forma real la "alteridad" personal del otro.

Se subraya también aquí la doctrina acerca de la trascendencia religiosa que comporta la relación interpersonal para MARCEL, pues existe una relación esencial entre la vinculación "yo - tú" y la relación metafísica con Dios, con el TÚ absoluto.

Por otra parte, KARL JASPERS en sus obras "Razón y existencia", "Sobre la verdad", etc., se ocupa no sólo de los modos de comunicación interhumana, sino también de la naturaleza de esta comunicación definiendo esquemáticamente dos modos esenciales de comunicación interhumana: los modos objetivos y el modo existencial.

Los modos objetivos corresponden al "dasein", siendo fundamentalmente los siguientes:

1.º La comunicación de la existencia empírica, cuando el hombre ha adquirido conciencia de sí, comunicación ciega que corresponde al "man", al ser en general

2.º La comunicación racional de la conciencia en general, comunicación de tipo objetivo, como la que se establece cuando se discuten las verdades de la ciencia.

3.º Comunicación de un ideal o de un espíritu, comunicación de

compromiso como la que puede existir dentro de un club, de una secta, de un partido político, etc.

Frente a esos modos objetivos se levanta el modo existencial que ya no corresponde al ser amorfo sino a la existencia. Dice JASPERS: "yo no puedo llegar a ser yo mismo si el otro a su vez no quiere ser el mismo". La comunicación existencial sería, por tanto, el surgir conjugado y concreador de dos libertades.

En cuanto a la naturaleza de la comunicación interhumana, existencial, se ajusta a tres postulados fundamentales:

a) Excluye toda coacción o desigualdad.

b) Debe manifestarse al otro sin reservas, totalitariamente, sin reticencias.

c) Lleva consigo la exigencia de una sincera lealtad recíproca total.

La comunicación existencial se establecería como por una especie de "certidumbre instantánea", como por una "luz", como por un fogonazo de intuición que implica un acto de fe en el otro, como mediante un salto en el abismo, que incluye la posibilidad de error que se acepta con todas las consecuencias.

Esto me recuerda los trabajos de SORENS KIERKEGAARD (22), (23), fundador del existencialismo, que establece las tres ideas capitales sobre las cuales asienta el existencialismo:

a) La paradoja absoluta (la paradoja de la cruz).

b) La angustia, el temor.

c) La idea del "salto en el abismo", salto esperanzador para KIERKEGAARD, puesto que en ese acto de fe iremos a dar directamente en los brazos de Dios; salto desesperante para la fracción nihilista del existencialismo, pues para ellos significaría el salto a la nada.

MERLEAU PONTY (24) nos dice que para captar la existencia del otro la única forma de comprenderlo es verlo a través del medio efectivo. No habría que intentar comprender viendo lo que el otro es para mí, sino a través de la afectividad que es anterior a la toma de conciencia. La percepción auténtica sería una educación existencial de la captación consciente del sentido inmanente a la cosa. Tendríamos por tanto, dos niveles de percepción: la percepción auténtica, preobjetiva, inmediata, apodíptica, evidente, existencial y posteriormente la percepción segunda, consciente, objetiva y reflexiva.

También de los trabajos de MARTIN BUBER (25) sobre las relaciones personales podemos sacar proyecciones de interés con respecto a la relación médico-enfermo. Distingue dos clases fundamentales de relaciones personales: la relación yo - ello y la relación yo - tú. La primera expresión no puedo decirla con todo mi ser pues el conocimiento adquirido, ha

de ser independiente del observador. El yo excluye alguna de sus partes. La segunda es el encuentro personal con el tú, producido merced a la "gracia", que es como un fogonazo, como una luz.

Explica esto BUBER de acuerdo con la teoría de la escuela psicológica de la "Gestalt" o configuración o forma. No un árbol, y otro, y otro, sino ya el bosque entero es nuestra primera impresión. Algo parecido sucede con el conocimiento existencial del hombre, como veíamos anteriormente.

No resisto la tentación de dar una cita de MARTIN BUBER. Dice este profundo pensador judío: "Para alcanzar aquí el conocimiento no basta con quedar en la playa, cual simple observador frente a las espumeantes olas; hay que arrojarse y bucear en ellas. Sólo así se puede alcanzar la auténtica intuición antropológica. Mientras el médico se considere a sí mismo como un simple objeto, tampoco será capaz de captar lo profundo de los otros hombres".

Aquí es donde yo veo la ventaja primordial de la Sofrología, que nos aleja de la relación "yo - ello", defecto fundamental de la actual medicina y principalísimo en mi especialidad y nos acerca al "yo - tú", a la verdadera relación interhumana.

Problema crucial en la relación médico enfermo es que dentro de esos cuatro grupos de "ego" que LAIN ENTRALGO (26) en su magnífico trabajo glosa, consiga el médico hacer primar su "ego adiuvans", el "yo" de la caridad, que es cariño, que es amor hacia sus pacientes.

Si es evidente que la medicina y la filosofía marchan inseparablemente hermanadas, también pudiéramos afirmar que el lindero más cercano a la filosofía es precisamente el sofrológico. Que esto es así nos lo demuestra el hecho de que tanto la filosofía como la medicina antropológica poseen un punto central común que es precisamente la interpretación de la relación "yo-tú". Al avanzar por estos linderos nos compenetramos más y mejor con el paciente y podemos cumplir más fielmente nuestra principal misión, nuestro primer cometido: ser medicamento, ser humanos.

Hemos tratado ya de lo que para nosotros es el trípode fundamental de aplicación de la Sofrología en nuestra especialidad. Para no alargarnos en demasía citaremos, muy sucintamente, algunas otras aplicaciones, fuera de las ya apuntadas de la lucha contra el dolor, contra la angustia y de la importancia de la relación médico-enfermo, pero no quisiera terminar este apartado sin hacer constancia de un punto interesantísimo: que la utilidad e importancia de la Sofrología no estriba solamente en nuestra "prescripción" —permitidme la expresión—, en la aplicación heterosofrónica hacia nuestros pacientes, sino también en su utilización autosofrónica para el profesional.

En mi especialidad que es muy dura, que requiere muchas horas de trabajo detallista, en postura más o menos forzada y siempre en lucha

contra el reloj, tiempo de fraguado de los materiales, etc. y en contacto siempre con la fuerte tensión emocional que el paciente presenta, o nos relajamos y controlamos o acompañamos al paciente en sus manifestaciones de angustia, y sólo estando serenos podemos serenar a los demás, sólo confiando en nosotros podemos infundir confianza. Queda sólo esbozado este capítulo que algún día glosaremos más profundamente.

IV) Eliminación de vicios, hábitos, etc.

Numerosas veces tenemos que luchar contra una serie de hábitos, de vicios adquiridos por el paciente, que repercuten muy desfavorablemente en su aparato estomatognático, hasta tal punto que mientras no se corrijan, toda nuestra terapia será puramente sintomática y poco esperanzadora. Tal es, como ejemplo fundamentalísimo, el caso del hábito infantil de la deglución, que tan frecuentemente encontramos en la clínica, ese continuar el niño, o el adulto, pues lo vemos incluso en la senectud, ese continuar tragando con intento de succión, apoyando fuertemente la lengua en las arcadas dentarias o incluso interponiéndola, en lugar de apoyarla, como es fisiológico, en las rugosidades palatinas.

En los tratamientos ortodóncicos y en las rehabilitaciones bucales, la corrección de este hábito, mediante la reeducación consiguiente, es fundamental para el éxito terapéutico.

La onicofagia, morder lapiceros, uso y abuso del chupete, etc. etc., entran también dentro de este apartado.

V) Acostumbramiento a la prótesis

Generalmente no suele haber problemas al respecto, pero un grupo de pacientes son reacios a soportar los aparatos protésicos removibles, cuanto más amplios con más facilidad y en estos casos en las técnicas sofrológicas tenemos un arma poderosa de ayuda.

En este sentido aún es mayor el beneficio que se obtiene en Ortodoncia, puesto que su aparatología removible puede resultar incómoda al niño, que no valora además debidamente los beneficios que se van a derivar de soportarlos. Hay aquí, en este doble sentido, un amplio campo de acción, hasta tal punto que Hansquel a su paso por España nos decía que el mayor porcentaje de utilización de las técnicas sofrológicas dentro del campo de la estomatología venían representadas por este apartado.

VI) Facilitación de la dicción

Principalmente en portadores de aparatología removible, pero también en algún otro tipo de prótesis o intervenciones sobre paladar o lengua, nos encontramos con alteraciones en la dicción que no son explicables por las modificaciones establecidas y tienen por contra un fuerte componente psicógeno. En todos estos casos, si el paciente es sofronizable se resuelven muy fácilmente los problemas. También tenemos en estos tratamientos una ayuda para el aprendizaje y eliminación de los defectos de dicción correspondientes en los pacientes sometidos a intervención en las queilosquisis y estafilosquisis.

VII) Hemostasia

También en este sentido la Sofrología constituye una valiosa ayuda. Naturalmente aquí, como en cualquier otro apartado, no se descuidarán las medidas preparatorias, operatorias y postoperatorias precisas, pero dadas las características del terreno en que actuamos, en algún tipo de intervención tardamos más en secar e intentar lograr una buena visibilidad que en el trabajo propiamente dicho. Es aquí donde entran en juego las técnicas sofrológicas, siendo verdaderamente sorprendente cómo en muchos casos podemos controlar la hemorragia y la magnífica formación, pongo por caso, del coágulo consecutivo a una avulsión.

VIII) Asialia

Junto con la hemorragia, la sialorrea constituye nuestro mortal enemigo, impidéndonos la correcta visibilidad, manipulación instrumental y complicándonos en muchos casos el postoperatorio. La lucha contra la sialorrea es, en mi experiencia, mucho menos agradecida que la eliminación de la hemorragia, pero de todas formas no podemos tampoco descuidar este factor controlable.

IX) Reflejo nauseoso

La simple toma de una impresión o la colocación de una placa radiográfica intrabucal en la zona de los últimos molares, resulta en algunos pacientes grandemente dificultada por su reflejo nauseoso. Aquí hay siempre un componente psíquico fuertemente acusado, pues no existe razón que justifique tal respuesta. Si el paciente ha sido sofronizado y tiene el signo

señal, en un segundo resolvemos el problema. Si no ha sido sofronizado, hay toda una escala de valores que va desde la simple sugerencia de relajación, desviación de la atención, etc. hasta aquellos otros más rebeldes en los que compense perder el tiempo necesario para sofronizarlos y trabajar después a gusto y a conciencia.

X) Estomatología médica

Solo este capítulo podría ser objeto de un extenso artículo. Me conformaré con recordar que dentro de la patología bucal, que nosotros como médicos especialistas tenemos que tratar, se cumple como es lógico la misma premisa que en patología general. Me refiero al concepto esencial de que siendo la persona humana una unidad psicosomática inseparable, descartado ya ha mucho el dualismo, las alteraciones patológicas que presenciamos no son nunca exclusivamente somáticas o psíquicas, sino psicosomáticas y por tanto siempre, en mayor o menor medida, tenemos un arma utilizable en la Sofrología, en dependencia con el concepto magníficamente expuesto por el Profesor López Ibor cuando nos dice (26): "Frente a la doble cesura separadora de psicógeno-funcional-orgánico, se levanta la unidad de los tres principios, basada en la unidad del organismo. El problema está en discriminar cuánto de cada uno interviene en la enfermedad".

XI) Varios

Quedan después toda una serie de acciones secundarias que pueden interferir favorablemente para el paciente, aumento de la confianza en sí mismo y en el profesional, mejoramiento del estado general, astenia, anorexia, etc., eliminación de dolores distantes, ausencia de algias en el postoperatorio, etc. etc.

Toda esta relación no ha sido hecha con pretensiones exhaustivas, sino simplemente como botón de muestra de la amplia faceta de aplicación sofrológica en mi especialidad.

Falta aquí por mencionar el nuevo campo que se vislumbra con la aproximación que, con Caycedo, la Sofrología empieza a realizar sobre las técnicas psicosomáticas de Oriente (27-28). La investigación ha comenzado.

Terminamos, pues nos hemos extendido más de lo que queríamos. Si tuviésemos que resumir toda nuestra idea en pocas palabras, vendría otra vez a nuestra mente el concepto del "ego adiuvans" de Lain Entralgo (29), que nos recordaría nuestra primordial obligación de servir a nuestros semejantes con caridad, que es cariño, con amor y a esto venimos obligados

como humanos, más aún como médicos y aún más por las creencias que tenemos. Venimos pues obligados a atender al paciente, a servirle de la mejor manera posible.

Si la Sofrología constituye un gran beneficio para nuestros enfermos, nuestro primer deber consistirá en "documentarnos", puesto que aquí se puede aplicar el antiguo adagio filosófico "nihil velitum nisi prius congnitum" —quien no conoce no quiere— y en segundo lugar intentando el progreso en el avance de esta ciencia buscar apartarnos de la relación "yo-ello", para acercarnos al "yo-tú", que como veíamos, sólo es accesible por el amor. "Ama y haz lo que quieras", venía a decirnos San AGUSTÍN; pero esto implica el hacerlo con un amor verdadero que, como nos enseña el evangelio, se traduzca en obras y que en nuestro caso concreto nos tiene que conducir a cumplir debidamente nuestras fases de objetivación y subjetivación del paciente, de la relación interpersonal. Nos tiene que llevar:

1.º A esforzarnos, dentro de los límites particulares de nuestro intelecto, por ser unos competentes especialistas. De otra forma, nunca lograremos un diagnóstico correcto y sin diagnóstico no hay terapia, pues la Sofrología no es una panacea sino un arma utilísima cuando la maneja un médico competente.

2.º A formarnos también dentro de la escuela sofrológica, intentando humanizarnos, comprendiendo y apreciando a nuestros pacientes para no incurrir en lo que BOSSUET llama "la desgracia de toda ciencia que no tiende a amar". Sólo así, con altitud de miras, nos uniremos más y más a nuestra especialidad, la viviremos más intensamente, encontraremos fuerzas para intentar superarnos día a día, sin rutinas y entonces ya nunca la dejaremos, porque en nosotros se habrán cumplido los bellos pensamientos de THIBON (30) "no se deja lo que realmente se supera" y "todo lo que hayas superado estará presente y vivo en ti".

DR. ULPIANO ARIAS BLANCO, Médico Odontoestomatólogo. Presidente de la Sociedad Española de Sofrología y Medicina Psicosomática. Madrid.

BIBLIOGRAFIA

1. CAYCEDO A. *Considerations sur la Sophrologie, ses fondements et ses structures.*— 2éme Congrés Français de Sophrologie. — Versailles, septembre 1968.
2. ARIAS BLANCO U. *Breve historia de la Sofrología.* — V reunión Europea de Medicina Psicosomática. — Madrid 1962.
3. CAYCEDO A. *La Sofrología Médica. Su aplicación a la Odontología.* — Rev. Esp. de Est. — Tomo IX n.º 6 - 1961.
4. ARIAS BLANCO U. *El impacto de la Sofrología en nuestra especialidad.* — Rev. Ep. de Est. — Tomo X n.º 1 1967.

Dolor, Sofrología y Trascendencia

L. GARCÍA-VICENTE

Desde el punto de vista de nuestra especialidad estomatológica, el dolor y los distintos estados de ansiedad son en los que más podemos influir con los tratamientos sofrónicos y, por tanto, consideramos interesante, aunque sea someramente, hacer un estudio del dolor, para poder llegar a comprender en parte el porqué, sofrónicamente, podemos influir tanto sobre él.

El dolor es un fenómeno muy complejo, más complejo de lo que normalmente se piensa, por lo que nuestra idea resulta un poco ambiciosa; pero, por otro lado, la consideramos muy importante para poder comprender en parte este fenómeno, que acompaña al hombre desde que nace y que hace poner en juego todos los sistemas emocionales, endocrinos, de secreción, etc., que preparan al individuo para la defensa, para la huida, para la lucha, etc.

Tenemos que considerar que el dolor en el ser humano no existe porque sí, sino con una finalidad; es decir, como un elemento que se encuentra totalmente al servicio de la persona, constituyendo la señal de alerta e impeliendo al individuo a reacciones variables según su intensidad, cualidad, duración, etcétera. Es una advertencia para que el organismo se ponga en guardia ante un hecho que puede tener más o menos importancia para él.

Además de este alertar al individuo, el dolor tiene un carácter comunicativo, es como una llamada al Tú para requerir su auxilio, buscando en la ayuda de alguien el alivio y la sedación de ese dolor, y es comunicativo, a su vez, de unas estructuras a otras para buscar su defensa.

El dolor tiene una significación inconsciente. Psicológicamente, muchos individuos padecen manifestaciones dolorosas con un afán captativo, acarician en su espíritu la idea de enfermedad sin que ellos se den cuenta. Su consciente teme la enfermedad, pero su subconsciente la desea, bien por huir de obligaciones, por huir de la realidad, por vengarse de alguien o de algo, por

purgar cualquier sentimiento de culpa, etc. El dolor puede ser modulado infinitamente por el cerebro, pasando por las interpretaciones psicológicas de tipo más o menos angustioso que cada uno hace de su dolor.

Durante las primeras épocas de la vida, el dolor influye en la configuración psíquica de las estructuras cerebrales del niño. En estas primeras épocas (3-4-5 meses), las neuronas están muy poco desarrolladas y en escaso número, siendo entonces cuando el niño establece contacto con unos seres que son su primera relación social. En estos primeros contactos, el dolor tiene un carácter fundamental, actuando como un buril que va constituyendo y formando en gran parte las estructuras que en el cerebro se desarrollan: el lastimarse o no, el ser castigado por todo o no ser castigado por nada, el ser reñido, el ser amenazado, etc., van haciendo que las neuronas se estructuren dinámicamente bajo el signo del dolor. Dolor y amenaza, dolor y castigo, dolor y pena, son elementos que van estrechamente fundidos con el espíritu del hombre y van por tanto influyendo notablemente en el desarrollo de nuestro sistema cerebral.

El dolor, durante el transcurso de la vida, va desempeñando psicológicamente la función de aislamiento del Yo con el mundo exterior, pues en los primeros años de la vida el Yo está fundido con el mundo, y con la evolución del individuo, el Yo se va diferenciando, desempeñando el dolor un papel importantísimo en esta diferenciación.

* * *

Debemos considerar el dolor en sus aspectos: anatomo-fisiológico, psicofilosófico y antropológico.

Anatómicamente, aunque sabemos que está en revisión, el considerarle como una sensación que tiene su propio aparato sensorial específico, ajustándonos a los estudios clásicos, tenemos que repasar en primer lugar las llamadas vías nerviosas del dolor.

El estímulo nocivo establece una prolongada descarga de impulsos, que van conducidos, según los últimos estudios de la fisiología, por tres clases de fibras:

a) Fibras mielínicas, alrededor de 5 micras de diámetro, de conducción rápida, conducen la sensación alrededor de 30 m/seg.

b) Fibras también mielínicas, ligeramente más delgadas que las fibras *a,* de grosor alrededor de las 3 micras de diámetro, conduciendo la sensación también más lentamente que aquéllas, es decir, de 12 a 20 m/seg, y

c) Fibras amielínicas, de 0,5 micras de diámetro, de conducción lenta, conduciendo la sensación a 1 m/seg.

Ya veremos después un poco más detenidamente cómo estos grupos de fibras finalizan en el fascículo espino-talámico lateral, relevando a sus neuronas y ascendiendo los impulsos a través de ellas y de los núcleos talámicos a la circunvolución parietal ascendente de la corteza cerebral.

Con estas clases de fibras ya podemos ver con claridad cómo tienen que existir distintas clases de sensación dolorosa. Un estímulo causa una sensación aguda, localizada, viva, llamada dolor rápido o primero y que va seguida de una respuesta apagada, más difusa, llamada dolor lento o segundo.

No podemos olvidar aquí, aunque no podemos detenernos en su consideración, que existen algunas sensaciones dolorosas que no son transmitidas por estas vías clásicas y que tienen que ser transmitidas, probablemente, por los cordones simpáticos, aunque mejor que transmisión o conducción específica, creemos que se debe considerar a estas cadenas simpáticas como influyentes nada más en el umbral de la transmisión dolorosa.

En toda sensación dolorosa debemos considerar una serie de etapas, como hemos dicho antes, desde su estímulo, hasta su localización en la corteza cerebral, etapas que son diferentes según se trate de estímulos del cráneo posterior, tronco y miembros y de estímulos de la cara.

Los estímulos del cráneo posterior, tronco y miembros, desde su iniciación, llegan a la primera neurona del dolor, situada en los ganglios de las raíces posteriores de la medula, para desde aquí pasar sucesivamente: a la segunda neurona situada en la sustancia gelatinosa de Rolando, a la tercera situada en el núcleo postero-ventro-lateral del tálamo y a la cuarta neurona situada en la corteza cerebral, precisamente en el área receptora del dolor y de la sensibilidad en general; es decir, en la circunvolución post-central.

En los estímulos de la cara, la sensación dolorosa, llegando al ganglio de Gasser y pasando por el núcleo espinal del trigémino, el lemnisco del trigémino y el núcleo arqueado del tálamo, llega a la corteza cerebral, a la circunvolución post-central.

No todos los núcleos tálamicos envían sensaciones a la corteza; pero, sin embargo, ésta recibe sus aferencias casi exclusivamente de dichos núcleos talámicos. Desde el punto de vista funcional, los núcleos talámicos se dividen en:

núcleos de relevo cortical,
núcleos de proyección no específica y
núcleos de asociación.

Los primeros, que son los que nos interesan para el tema que nos ocupa, proyectan impulsos sensoriales específicos a la circunvolución post-central y a otras áreas receptoras corticales.

No están de acuerdo todos los fisiólogos en cuanto al término cortical de la sensación dolorosa, pues la estimulación eléctrica del giro post-central no produce sensación dolorosa, y la sensación dolorosa, a su vez, no despierta

sensaciones en el córtex sensorial, pero aparte de todo esto, no parece improbable, que el cortejo córtex-tálamo sea responsable, tanto del reconocimiento del dolor, como del "afecto emocional" asociado y no parece improbable, porque: 1.º, las lesiones del tálamo pueden producir dolor central y agrandar mucho el "afecto emocional", y 2.º, porque en los casos de enfermedades viscerales con dolores intratables, la leucotomía prefrontal puede disminuir grandemente el "afecto", el "sentimiento" del dolor. El paciente parece entonces indiferente a su propio dolor y cesa de atormentarle, el dolor se aprecia, pero provoca menos sufrimiento. La leucotomía disocia también circuitos córtico-corticales, mal delimitados todavía.

Hasta aquí hemos considerado "muy a vuelo de pájaro" la vía directa del dolor, que sabemos es una vía sensorial clásica, que sirve para la percepción sensorial discriminativa, es una vía de conducción rápida hasta las áreas receptoras primarias. Ahora tenemos que ocuparnos muy esquemáticamente de la vía polisináptica del dolor; es decir, de las conexiones de los impulsos dolorosos, a través de la sustancia reticular, con el hipotálamo y la corteza cerebral.

La vía multisináptica del sistema reticular ascendente permite una conducción lenta de los impulsos. Desde hace mucho tiempo es conocido que los sistemas sensoriales ascendentes ceden fibra y emiten colaterales a lo que podemos llamar corazón del tallo encefálico o sustancia reticular. Esta conexión lenta de los impulsos es debida a los enlaces multisinápticos en el retículo, lo que posibilita a su vez una proyección en áreas extensas del córtex. De este modo, el sistema reticular despierta la conciencia y mantiene el estado de alerta, sin el cual la discriminación sensorial y la respuesta afectiva serían imposibles.

Los impulsos ascendentes activadores o inhibidores del sistema reticular pueden producir facilitación o inhibición de los diversos sistemas sensoriales, sirviendo así quizá de medio de control selectivo de las aferencias: por ejemplo, para restringir la atención.

Las zonas supresoras del dolor ejercen su actividad por el estímulo de impulsos llegados del sistema reticular, impulsos que caminan desde la periferia por las vías del tacto y de la temperatura, que establecen luego conexión con la sustancia reticular.

Bajo el estímulo de estas áreas supresoras podemos producir, entre otras cosas:

Cese inmediato de cualquier movimiento de la musculatura del cuerpo (en el área precentral).

Control de los movimientos del ojo (en las áreas supresoras frontal y occipital).

Vigilancia corporal, "esquema del cuerpo" de Schilder (áreas del lóbulo parietal), etc.

Las distintas áreas sensoriales corticales están conectadas por fibras de asociación, fibras que, después de muchísimas investigaciones anatómicas desafortunadas, han sido estudiadas con más éxito por métodos psicológicos.

Estas áreas corticales sensoriales corresponden, como sabemos, a dos tipos de sensaciones: sensación protopática o, podríamos decir, "sensación en bruto", por ejemplo dolor en cuanto tal; y sensación epicrítica o "sensación depurada", es decir, aquella sensación que se interpreta por una elaboración mental y altera o desposee a la protopática de su tono brutal o de su componente emocional.

Actualmente, correspondiendo a estas sensaciones, tienden a revalorizarse los términos de córtex protopático y córtex epicrítico. El córtex protopático o koniocórtex está formado por pequeños islotes que se hallan distribuidos por el córtex, islotes que histológica y fisológicamente son distintos del resto del córtex o isocórtex. Estos islotes solamente reciben sensaciones "en bruto", sensaciones referidas al sitio del estímulo, siendo referidas por el sujeto sin interpretarlas. El koniocórtex es lo que constituye las llamadas "áreas primarias sensoriales".

El córtex epicrítico está integrado por las zonas limítrofes de los islotes del córtex protopático, zonas que reciben el nombre de zonas parasensoriales de Von Ecónomo o "áreas secundarias sensoriales" y que tienen la misión de modificar psíquicamente los impulsos neurológicos. Es decir, en ellas se establece el contacto entre las sensaciones que vienen de la periferia, las emociones del hipotálamo y los actos mentales propiamente dichos, siendo, por tanto, en ellas donde se realiza la reducción de la sensación protopática a sensación epicrítica o depurada, como anteriormente decíamos.

Todas las sensaciones serían inicialmente protopáticas, pero todas podrían ser reducidas a epicríticas: antes de que una sensación pase a niveles más altos, más humanos, de consideración, podríamos decir que "se filtra" a través de estas zonas, reduciéndose a sensación epicrítica. Cuanto más alto es el nivel mental, mayor es la vigilancia de las zonas supresoras y mayor es la protección del córtex epicrítico y menor la "invasión" del tono sentimental que viene del córtex protopático. La acción concentrada de las zonas epicríticas permitiría fijar la atención en un punto o idea, con exclusión de las restantes.

Creemos interesante, para mejor ilación, antes de continuar con el estudio del dolor y con los comentarios psico-filosóficos y antropólogicos, hacer una pequeña pausa para, con todo esto que acabamos de ver, encontrar la explicación neurológica de (como al principio de nuestra comunicación decíamos) cómo sofrónicamente podemos influir tanto sobre el dolor.

Cuando nosotros, en nuestras clínicas, producimos una anestesia sofrónica, lo hacemos, por decirlo así, para una comprensión más sencilla, aumentando el "filtraje" de las zonas parasensoriales o córtex epicrítico, y permi-

tiendo de esta forma la llegada de la sensación al koniocórtex totalmente filtrada. Muchas veces hemos visto cómo, cuando a un individuo en estado sofrónico le sugerimos que notará, por ejemplo, sensación de quemadura cuando en realidad le tocamos con un elemento frío (bolígrafo, por ejemplo), retira la mano con la consiguiente sensación, habiendo logrado una hiperalgesia sofrónica, y lo hemos logrado por una disminución de ese filtraje que hemos dicho anteriormente, y una llegada al córtex protopático de la sensación en un tono más brutal del estímulo correspondiente.

Cuando suprimimos el dolor de cualquier proceso orgánico, lo hacemos por el aumento con las sugerencias adecuadas de esas zonas de filtraje, y creemos que el estado sofrónico se consigue por fatiga local de un canal del sistema reticular ascendente en la zona supresora correspondiente, fatiga producida, por ejemplo, por la repetición de estímulos monótonos, y que equivaldría a una brecha abierta en el sistema de defensa que es la supresión.

Se ha considerado la piel como el órgano específico normal del dolor. En ella, como sabemos, existen órganos especiales que al ser estimulados por un estímulo específico: presión, frío, calor, etc., producen la sensación correspondiente. Para la producción de dolor es necesario que se produzca la estimulación específica de los órganos del dolor, órganos que existen diseminados por casi todo el organismo. Todos estos receptores de las distintas sensibilidades se encuentran en la piel tan próximos unos a otros, que son generalmente afectados al mismo tiempo; pero es necesario para la producción dolorosa que el estímulo adquiera un cierto grado de intensidad, siendo entonces cuando las sensaciones de presión, frío, calor, etc., pueden transformarse gradualmente en dolor.

Las cualidades distintivas del dolor van asociadas con las diferentes estructuras del cuerpo; así sabemos cómo unos tejidos son más sensibles que otros. La piel, por ejemplo, lo mismo que las mucosas, tiene una inervación muy rica, lo que hace que sean estructuras grandemente sensibles; el tejido subcutáneo es sensible a la presión y a los irritantes químicos, mientras que el pinchazo de una aguja solamente es doloroso cuando toca alguna terminación nerviosa; el periostio, lo mismo que el hueso esponjoso, es muy sensible, contrastando con la insensibilidad del hueso compacto; el esmalte, en el tejido dentario, no es sensible, siendo sensible el tejido dentinal; las arterias son más sensibles que las venas, dependiendo la sensibilidad de la adventicia, pues la íntima probablemente es insensible; en el tejido nervioso, los nervios aferentes son sensibles al pinchazo, calor, presión y estímulos químicos, mientras que el cerebro, incluyendo el córtex sensitivo, no suele ser sensible a la incisión, cauterización y estímulos eléctricos; algunas vísceras, como el pulmón, pleura visceral y pericardio son insensibles, mientras que la pleura parietal es sensible al pinchazo y estímulos químicos, etc.

Todos los dolores están localizados en nuestro cuerpo y son las vivencias

de perturbaciones del estado corporal en donde el sujeto es activo, sintiéndose afectado y reaccionando consiguientemente. El dolor epidérmico es un dolor que se puede localizar con bastante exactitud, pero esa exactitud se pierde si el dolor es más profundo. Se puede decir que el dolor está primariamente localizado en el segmento correspondiente del nervio estimulado y que la exactitud de la localización se sobreimpone a ese *pattern* segmentario.

En la piel, la localización se basa en la riqueza de inervación y en los nervios de asociación. En las estructuras profundas, como la inervación es más escasa, la localización es más difícil, pudiendo sentirse el dolor en cualquier parte del segmento afectado. Así, el dolor visceral profundo puede sentirse en la zona de estimulación primaria y puede o no ser asociado con un dolor referido a otro *pattern* segmentario. Este dolor es más comúnmente referido a la mitad anterior que a la posterior del cuerpo, como ocurre por ejemplo en el cólico ureteral, en la angina de pecho, en la úlcera de estómago, etc., debido precisamente a que corrientemente somos más conscientes de la parte anterior que de la posterior del cuerpo.

En la patogenia del dolor referido intervienen tanto la convergencia como la facilitación.

La teoría de la convergencia sostiene que las fibras aferentes viscerales y las somáticas convergen sobre las mismas neuronas espinotalámicas y como el dolor visceral es menos corriente que el dolor somático, el cerebro está acostumbrado a que la actividad le llegue por vía somática, por lo que el dolor visceral se proyecta hacia el área somática correspondiente. Esta proyección se realiza siempre a las estructuras que proceden del mismo segmento embrionario o dermatoma; así, por ejemplo: el corazón se proyecta al brazo izquierdo, el diafragma se proyecta al vértice del hombro, el testículo al riñón y uréter, etc., estructuras que proceden del mismo dermatoma.

La teoría de la facilitación dice que, por los efectos de la franja subliminal, los impulsos que llegan desde las estructuras viscerales abaten el umbral de las neuronas espinotalámicas que reciben las fibras aferentes de las áreas somáticas, de manera que la menor actividad en las vías del dolor de las áreas somáticas pasa hasta el encéfalo. Es fundamental recordar, para comprender la actividad del sistema nervioso, la manera cómo los impulsos se facilitan y se inhiben entre sí. Sabemos que los impulsos se transmiten de una neurona a otra en la sinapsis, o sea, en el punto de unión del axón de una neurona, neurona presináptica, con las dendritas o el soma de otra neurona, neurona postsináptica. Esta transmisión de una neurona a otra no se realiza bruscamente sino de una forma complicada, que permite la graduación y la modulación de los estímulos, para que se origine una función nerviosa normal.

Los estímulos que proceden de las neuronas presinápticas convergen y divergen en las postsinápticas. Se dice que una neurona A se encuentra en la llamada franja subliminal cuando, al ser excitada otra neurona B, situada in-

mediatamente a su lado, crece su excitabilidad sin descargar su actividad y entonces, A se encuentra en la franja subliminal de B. La neurona B se descarga, pero la A solamente aumenta su excitabilidad.

En la patogenia del dolor referido, además de estas teorías que tan rápidamente hemos comentado, son muy importantes los acontecimientos ocurridos con anterioridad; así, por ejemplo, muchas veces los dolores del seno maxilar son referidos a dientes que aunque estén muy distantes del seno, han sufrido un trabajo dental traumatizante, o dolores viscerales se refieren corrientemente a cicatrices de intervenciones anteriores.

No podemos detenernos en considerar la relación existente entre dolor y prurito, dolor y movimiento y dolor y sistema simpático, pues solamente su estudio puede ser motivo de otra comunicación, pero sí queremos dejar anotada su relación.

* * *

Vistos los aspectos anatomofisiológicos de un elemento tan importante como es el dolor, que es, como sabemos, inherente a la naturaleza humana, debemos reflexionar un poco sobre él, ya que el hombre moderno medita tan superficialmente sobre este problema, que solamente se limita a considerarlo como una molestia que tiene que eliminar a toda costa.

Gran número de filósofos consideran que el hombre, con el gran poder que tiene sobre la naturaleza, mutila y empequeñece la vida al intentar, por todos los medios que tiene a su alcance, suprimir el dolor.

Nosotros creemos, con Teilhard de Chardin, que tenemos el deber de tratar de eliminar el dolor, como el de aceptarlo para transfigurarlo, cuando la última tentativa ha sido vana. Pero esas tentativas no deben ser desesperadas, sino esperanzadas, sabiendo siempre que el dolor irremediable es un escalón para más humanidad, pero sólo el irremediable; la "vocación" (podríamos llamarlo así) al dolor, deberá ser siempre sometida a un análisis riguroso de sus motivaciones.

Según las teorías clásicas, existen una serie de fenómenos como son: la sensación, la percepción, la imaginación y la memoria que se agrupan, filosóficamente, con el nombre de "conocimiento sensible" y son aquellas que resultan de la acción de los objetos externos sobre los sentidos.

Dentro de este conocimiento sensible, debemos ocuparnos de la sensación para, por medio de ella, poder llegar a ocuparnos de los estados afectivos que tienen por antecedente una modificación orgánica: placer y dolor.

La sensación se puede definir como un fenómeno psíquico determinado por la modificación de un órgano corpóreo y tenemos que considerar en ella dos aspectos distintos: uno, el conocimiento de un objeto captado con sus cualidades sensibles (calor, presión, etc.), y otro, un estado afectivo determinante de una reacción motriz (placer y dolor).

Para que toda sensación se produzca es necesario que el excitante adquiera un cierto umbral de intensidad, umbral que es variable según los individuos y que depende de las otras sensaciones que le preceden o acompañen; así, por ejemplo: el color blanco parece mucho más blanco si al lado se le pone negro; cuando de veinte grados bajo cero pasamos a cinco sobre cero, notamos sensación de calor, etc.

Hay que distinguir la sensibilidad fundamental o capacidad de ser impresionado por un excitante, de la sensibilidad diferencial o capacidad de sentir las diferencias de intensidad de diversas sensaciones. La sensación aumenta más lentamente que la excitación y el aumento que ha de recibir la excitación para ser percibida como nueva es tanto mayor cuanto la excitación inicial ha sido mayor.

Las cualidades sensibles que nosotros captamos merced a las distintas sensaciones forman lo que se llama sensibles propios y sensibles comunes.

Como sensibles propios tenemos el color, la luz, el sonido, el olor, el sabor, el calor, el frío y las sensaciones kinestésicas: contacto, peso, presión, etcétera, pudiendo considerar a todos ellos como sensibles propios externos, es decir, todos aquellos objetos especiales y propios de cada uno de los sentidos. Como sensibles propios internos se consideran a los que nos avisan de las impresiones orgánicas internas, impresiones que se dan en nosotros, como asociadas y fundidas en una especie de confusa sensación global: me encuentro bien, estoy mejor, etc.

Los sensibles comunes son aquellas realidades que son el objeto de varios sentidos: extensión, forma, figura, dimensión y movimiento.

Según las teorías clásicas de la sensación, se ha querido establecer si la sensación es un acto de conocimiento objetivo o subjetivo.

DEMÓCRITO, LUCRECIO, DESCARTES, LOCKE, etc. han sostenido que las cualidades sensibles no tenían realidad fuera del sujeto que las siente, es decir, que eran puramente subjetivas.

MÜLLER quiso demostrar que la excitación de cualquier nervio sensorial producía siempre la misma impresión; por ejemplo: la excitación del nervio óptico producía siempre sensación de deslumbramiento, tanto si se le seciona, se le presiona o se le somete a estímulos eléctricos; el olfativo producía olor; el acústico, ruido, queriendo deducir, de esta forma, que las cualidades sensibles no dependían del objeto percibido sino de los órganos de los sentidos, defendiendo con ello la teoría subjetiva de la sensación.

Los que defienden la sensación como un acto de conocimiento objetivo lo hacen basándose en que la sensación nos hace aprender cualidades distintas del sujeto que siente y que los sentidos nos dan a conocer las cualidades sensibles tal cual existen en la naturaleza.

Nosotros consideramos poco útil la distinción excesiva entre subjetivo y objetivo, como entre sujeto y objeto. La sensación es siempre una adecuación

del ser a la cosa, pero esa adecuación no es meramente pasiva por parte del ser, hay siempre una "infusión" de sentido, de tal modo que nosotros configuramos la cosa, "hacemos la cosa para nosotros", "antes de la sensación es como si la cosa no existiera para mí".

Tampoco el sujeto es independiente de su mundo; todo nuestro ser se hace en el contacto existencial y las cosas dejan su huella en nosotros como parte de nuestra entidad; por ejemplo, los movimientos de mi mano suponen una educación por millones de contactos.

En realidad lo que es discutible es el concepto de sensación, que es excesivamente mecanicista. Una vez aceptado es necesario introducir la separación entre sujeto y objeto, y entonces se hace necesario también dividir el ser en funciones, lo que no es así. En realidad se trata del proceso de existir, que admite una serie de integraciones sucesivas donde la sensación sería un mero escalón. Por eso es mejor hablar de percepción, como hacen las filosofías existencialistas y especialmente MARLEAU PONTY. La percepción es esa adecuación progresiva del ser a la cosa, que va hasta las integraciones más altas, pero que no es necesariamente consciente.

El ser no es un conjunto de funciones sino un poco de dinamismo organizador que fluye de continuo en el tiempo y en el espacio.

El dolor, siguiendo las escuelas existencialistas, es para nosotros "una experiencia existencial" más que una sensación o sentimiento. La conexión que han establecido entre sensación y sentimiento ha dado lugar a multitud de discusiones entre filósofos y psicólogos. ZIEHEN y TITCHENER, psicólogos con inclinación filosófica, parten de las consecuencias inmediatas de la excitación de los sentidos, es decir, de las sensaciones, de cuyo material, según ellos, están compuestos todos los demás contenidos de conciencia.

Las impresiones muy intensas de los sentidos, además de los caracteres de intensidad y cualidad que poseen las sensaciones (experiencias existenciales para nosotros), tienen también un, podríamos llamarlo, "tono sentimental", que en el dolor es el "desplacer", y que puede llegar a ser tan intenso que suplante la cualidad originaria de la sensación.

KÜLPE ha hecho notar que placer, y dolor o desplacer, poseen intensidad y cualidad y han de considerarse semejantes a sensaciones, pero no como tono sentimental de otras sensaciones. No podemos comprender la relación entre sensación del dolor y sentimiento del dolor, partiendo del sencillo esquema de la intensidad de la sensación e intensidad del desplacer. Los dos hechos lo contradicen. Con el mismo estímulo de dolor el desplacer no sólo puede tener intensidad muy distinta sino también carácter muy diferente. Podríamos decir, casi, que hay incluso dolores que están más vinculados al sentimiento del placer que al de desplacer.

El placer es un estado afectivo agradable, resultante del buen ejercicio de

una actividad, resultante de una tendencia satisfecha. El dolor es un estado afectivo desagradable, resultante de una inclinación contrariada.

Según las teorías intelectualistas nosotros seríamos dueños del placer y del dolor, como lo somos del juicio y de las ideas, es decir, reducen el placer y el dolor a juicios e ideas más o menos confusas. Según ellos, nosotros, pensando, podríamos eliminar un dolor físico: un cólico nefrítico, apendicular, un dolor de muelas, etc. No hay duda que nosotros podemos modificar ese dolor al llevar consigo un componente eminentemente subjetivo, pero de la modificación a la supresión total, solamente por el hecho de pensar, va un abismo de diferencia. Es muy corriente en nuestras consultas que el paciente nos manifieste que "mientras esperaba en la sala, le desapareció el dolor". Psíquicamente, en el momento en que sabe que el dolor se le va a eliminar, le desaparece, pero con anterioridad, por mucho que haya pensado o dejado de pensar en él, el dolor continúa.

No hay placer ni dolor sin conciencia. Si no lo sentimos, no existe. El estado sofrónico suprime el dolor por el hecho mismo que suprime la conciencia del dolor.

Entre placer y dolor parece ser que no existe lo que podríamos llamar una zona neutra. Por muy pequeña que sea una actividad, siempre tiene un cierto carácter afectivo, y aunque algunas veces existen ciertos momentos que toman el carácter de neutros, es debido a un contraste existente en relación a otros estados afectivos más intensos que le precedieron.

Nuestra existencia la vivimos como una corriente ininterrumpida de placer y desplacer, como un acontecer que cambia, según el colorido y estado de ánimo. El hombre, como ser que pertenece a la naturaleza, vive prisionero de la corriente de lo que ocurre en su interior y a su alrededor. Vive en el momento presente, en el ahora, lo futuro es lo que ocurrirá y el pasado está pasado. Entre el futuro y el pasado está el ahora, como el punto móvil que se desplaza con nosotros en la corriente.

Sobre este fondo de vivir nuestro no parece que tenga sentido, es inconcebible la presencia del dolor físico, dolor que hace que la vida se interrumpa en su ritmo normal, en el momento de su presencia, para continuar después, en el momento de su cese.

El hombre es impotente en el esfuerzo de deshacerse de todo dolor físico. Su respuesta al dolor no sólo se manifiesta con el grito o el lamento, sino que lo hace con una reacción estrictamente personal: el llanto.

El hombre que llora de dolor, llora como persona; capitula, en cierto modo, como persona ante el dolor. En el llanto el hombre atestigua su existencia personal, demuestra su impotencia para aceptar del todo la corriente del ahora. Al llorar se realiza la primera significación personal del dolor, la más sencilla, la más débil y la más infantil.

El hombre se avergüenza del llanto, pues lo considera como una reacción

infantil, nacida de la debilidad del niño, y deduce de esto que el llanto, por sí solo, tiene poco valor. El llanto de alegría, de entusiasmo, de admiración, además de ser una entrega de sí mismo, es reconocimiento de la fuerza concreta de la situación y, por tanto, un auténtico y espontáneo testimonio del valor del hombre. El llanto de dolor lo evita el hombre por vergüenza, pero tenemos que considerarlo como un acto de capitulación ante el dolor. El hombre capitula como persona ante el dolor, no sólo acosado y oprimido por él, sino estrechado en la situación límite de su existencia, en la cual ya no hay nada que hacer.

El niño, en su evolución, va aprendiendo a dominarse para no llorar, y llega a considerar, ya desde pequeño, que el lloro es indigno de él. En la educación se le va inculcando el criterio de resistencia hacia el dolor y de resistencia hacia el llanto, siendo estas normas educativas, cuando llegan a extremos exagerados, peligrosas para la formación infantil, pues entonces, el dolor cobra una significación negativa para el desarrollo de la personalidad, adquiriendo una resistencia patológica, una dureza anormal que pone en peligro su evolución armónica.

Cuando se soporta el dolor sin gritos y sin llanto, es decir, con resignación estoica, cuando el hombre se sobrepone al dolor con fuerza de voluntad, carácter y conciencia de sí propio, lo consideramos como una actitud varonil, pero no podemos considerar esta actitud como una significación del dolor humano porque en la mujer se estima mucho menos esta actitud. A la mujer la vemos con un estar en el mundo distinto del hombre. Su feminidad, sus reacciones, su carácter, etc., son distintos. En el hombre se le ve con preponderancia de lo varonil, aunque debe existir en él, y algunas veces manifestarse, el cuidado femenino, la entrega amorosa y la disposición a capitular.

Cuando inculcamos en el niño, desde pequeñito, la actitud heroica, conveniente y necesaria, pues hay que enseñarle a soportar molestias y privaciones, realizamos sólo relativamente el sentido del dolor, suprimimos la posibilidad de que se desarrollen otras formas de reacción como entrega, llanto, abatimiento, lucha esperanzada, etc.

SCHELER escribe: "El antiguo héroe del sufrimiento no rehúye el sufrimiento, sino que lo busca como a un enemigo, en cuya derrota, combatiéndole, mide sus fuerzas y su valor para su propia conciencia y la de sus contemporáneos". Esta actitud heroica que describe SCHELER termina en orgullo, amargura y endurecimiento, porque el hombre heroico depende de la imagen que los demás, y él mismo, formen de su valor y arrojo.

El dolor, en esencia, afecta a la unidad más íntima del hombre, poniendo en conflicto al Yo con su cuerpo, haciendo impotente al hombre contra su dolor, radicando en esa impotencia las distintas posibilidades de actitudes personales frente al dolor.

La resignación estoica y el heroísmo activo que se derivan del dolor mis-

mo son la expresión de no querer ser anulado; se responde al dolor como ataque a la libertad del individuo, con ataque, malicia y lucha sin cuartel, consiguiendo con ello una represión del dolor y manifestándose este soportarle, esta resistencia, este defenderse a ultranza y sin descanso, con rasgos característicos y típicos en la fisonomía del individuo, que nos demuestran que este hombre ha sido invadido por el dolor, dolor que, al ensañarse, que al apoderarse del ser sin ningún tipo de contemplaciones, afecta toda su personalidad y nos lleva a considerar el peligro que supone este heroísmo o esta resignación, que pueden transformarse en orgullo, hostilidad, amargura y endurecimiento, pudiendo llegar a decantar en pesimismo y misantropía.

Con el heroísmo hemos visto cómo se puede sobrellevar el dolor, cómo se puede resistir y hasta cómo se puede anular, pero lo que no se puede anular es la angustia existencial que produce, angustia que únicamente se podría mitigar cuando en la conciencia existen modificaciones en distintos planos.

La Sofrología actúa sobre los niveles de la conciencia permitiendo una "desconección" de la vivencia dolorosa.

Este fenómeno es el que primeramente atrae la atención de nosotros, los estomatólogos. La acción sofrónica es de una extraordinaria utilidad en nuestras manos. Sin embargo; a través del sentido trascendente de la conciencia humana y del sentido trascendente del dolor, nuestra especialidad se pone en contacto con los *planos superiores* de la existencia. De la existencia *Trascendental* del hombre.

He aquí, a nuestra manera de ver, la principal diferencia entre la Sofrología y la Hipnosis. No solamente son diferentes técnicas y actitudes. La Sofrología y su aproximación a los fenómenos de la conciencia humana, de acuerdo al pensamiento de CAYCEDO, imprime a nuestra especialidad la dignidad y el carácter de las especialidades antropológicas.

DR. LUIS GARCÍA VICENTE, Médico odontoestomatólogo. Presidente de la Asociación Madrileña de Sofrología Médica. Profesor Adjunto de la Escuela de Estomatología. Madrid.

BIBLIOGRAFÍA

ORTS LLORCA: *Anatomía humana.* "Editorial Científico-Médica", Madrid.
ROUVIERE: *Anatomía humana.* "Edit. Bailly-Bailliere", Madrid.
RUCH y PATTON: *Neurofisiología.* "Edit. López Libreros", Buenos Aires.
GANONG: *Fisiología médica.* "Edit. El Manual Moderno", México.
LÓPEZ IBOR, J. J.: *Lecciones de Psicología médica.* "Edit. Paz Montalvo", Madrid.
BUYTENDIJK, F. J. J.: *El dolor.* "Revista de Occidente", Madrid.
JACQUES SARANO: *La douleur.* "Edit. de L'Epi", París.
ALAJOUANINE, TH.: *La douleur et les douleures.* "Edit. Masson", París.
JOLIVTE, R.: *Tratado de Psicología.* "Edit. Carlos Lohle", Buenos Aires.
NETTER, F. H.: *Nervous system.* "Ciba".
JONES, S.: *Protopathic and epicritic sensation.* "Edit. Zotterman", Londres.
"Revue Belge de Medecine Dentaire", núm. 3.

La Sofroterapia en Neurología

R. PUNCERNAU

Debemos estudiar este capítulo desde dos puntos de vista. En primer lugar el papel de la Neurología como base de estos métodos sofroterápicos. En segundo lugar las posibles aplicaciones prácticas de los distintos métodos sofrológicos en las enfermedades neurológicas.

I.

Bases neurológicas

A. — *La interrelación de las distintas zonas del encéfalo*

Los métodos sofroterápicos comportan cambios más o menos profundos en los distintos estados de consciencia.

Estos cambios deben estudiarse desde dos vertientes: La vertiente psíquica, pero también la vertiente neurológica.

Si nos dedicáramos exclusivamente a estudiar el aspecto psicológico de estos problemas, caeríamos en lo que podríamos llamar una pura especulación. Nuestro psiquismo tiene siempre una base de tipo orgánico, una base de tipo neurológico. No digo ciertamente, tampoco, que nosotros *seamos* un cerebro, pero sí que *tenemos* un cerebro y no podemos prescindir de él.

Vamos pues a tratar de esbozar de una manera sencilla y clara los problemas que nos plantean, desde un punto de vista neurológico, los estados de consciencia a tenor de nuestros conocimientos actuales.

Aquí hemos dibujado (figura 1) un cerebro, el tronco cerebral y el

inicio de la medula. A un primer nivel bajo medular existe un mundo puramente reflejo elemental, si lo consideramos aislado del resto del sistema nervioso. Es el mundo reflejo, por ejemplo, de la rana descorticada que se le pincha una pata y hace con la misma un movimiento puramente reflejo

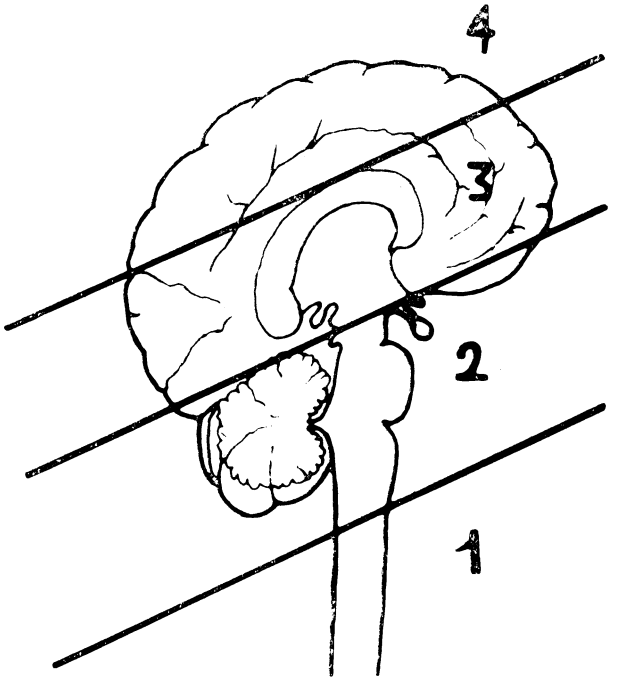


FIGURA 1.— Las distintas zonas del sistema nervioso central.

medular. En nuestro organismo existen muchos reflejos de este tipo, aunque en el ser vivo se vean influidos y modificados por las estructuras superiores.

Más hacia arriba, a nivel de la parte baja del tronco cerebral, en la zona constituida por el metencéfalo y el mielencéfalo, hay unos tipos de reflejos un poco más elevados. En esta zona existen reflejos elementales ya de nuestra vida instintiva más primaria, como la instintiva necesidad de alimentación y respiración, la necesidad de actividad, la huida del dolor.

Esto no solamente desde un punto de vista ontogénico, sino también filogénico. Es decir, esto no solamente ocurre en el hombre a medida que se desarrolla desde los primeros estadios de su formación en el seno materno, a medida que se va mielinizando, se van desarrollando, se van po-

niendo en marcha las distintas partes del sistema nervioso, hasta que llega a ser un hombre adulto normal, sino que también lo podríamos ver estudiando la escala evolutiva animal, en la que a medida que va ascendiendo se desarrollan zonas más superiores del sistema nervioso para poder vivir frente al medio ambiente que se le ha dado. Así por ejemplo, hay animales que son capaces de vivir perfectamente con aquel tipo de reflejo medular bajo mencionado. Hay otro tipo de animales que ya viven con ciertos reflejos, aunque puramente de tipo instintivo primario como los que hemos citado más arriba. Así podríamos ir integrando y superponiendo las distintas partes del sistema nervioso hasta llegar a los primates y al hombre.

A veces en la práctica clínica se tiene ocasión de ver monstruos anencefálicos. Hay tipos de anencéfalos de distintos niveles. Unos en los que su formación se ha detenido a niveles bajos. En estos seres hay capacidad para ciertos reflejos, por ejemplo reflejos de alimentación, como la succión. Otros que llegan a estar formados hasta un nivel talámico, pero sin la parte superior cerebral telencefálica. A este nivel talámico, los reflejos son más elaborados como por ejemplo esbozar una sonrisa, hacer una mueca parecida al llanto. Es decir, existen ya aquí en esta zona diencefálica reflejos superiores en los que habría una vida instintiva más elevada.

En esta zona, que llamamos zona diencéfalo-mesencefálica, residen como veremos estructuras muy importantes de nuestro sistema nervioso. Digamos de momento que aquí estaría anclada una vida instintiva más elevada, como el principio de los apetitos y de las tendencias, y sobre todo de las emociones, de los afectos y de los sentimientos. En esta zona hay también correlaciones neurovegetativas y neuroendocrinas básicas. Asimismo la región talámica tiene unas relaciones muy importantes desde el punto de vista sensorial y sensitivo con el resto del cerebro. En las relaciones talámico-frontales se han estudiado importantes hechos en relación con la afectividad. Más adelante insistiremos en estas correlaciones de tipo hipotálamo-vegetativas e hipotálamo-endocrinas.

Siguiendo nuestra descripción ascendente del encéfalo humano, nos encontramos con la zona superior telencefálica. Esta región, con un gran desarrollo en el hombre, presidiría el substrato del lenguaje, de la orientación hacia el mundo exterior e interior, es decir, de la inteligencia en su sentido más amplio.

A estas tres zonas encefálicas descritas las llamamos, a la primera meten y mielencefálica: cerebro inferior; a la segunda diencéfalo-mesencefálica: cerebro profundo (o cerebro interno), a la tercera telencefálica: cerebro superior.

Estos datos que hemos esbozado aquí, se confirman con las ideas del conocido neurólogo inglés JACKSON. Este fue el primero en hacer resaltar

el hecho de que, a medida que se iban suprimiento capas más elevadas en la integración del sistema nervioso, se ponían en libertad capas más profundas del mismo. Vamos ahora, pues, a recorrer este sistema nervioso de arriba hacia abajo, al revés de como lo hicimos hasta ahora.

Esta liberación de estructuras inferiores, a medida que se van suprimiendo las superiores, las vemos frecuentemente en la clínica neurológica. Pero también lo podemos aplicar en el estudio de los estados y niveles de consciencia, porque al inhibir, ya sea por métodos mecánicos, ya sea por métodos medicamentosos, ya sea por métodos sofrónicos con una serie de estímulos y condicionamientos que luego veremos, las capas más superiores de nuestro sistema nervioso, ponemos en libertad la acción de capas más profundas.

Desde un punto de vista neurológico, podríamos poner algunos ejemplos sencillos para hacernos una idea de esta liberación de determinados centros. Por ejemplo, la disociación córtico-subcortical que vemos en los estados de cataplejía. La cataplejía sería una disociación en la parte de vigilancia de la consciencia y la parte motora. La persona estaría consciente y a pesar de ello no podría mover voluntariamente ni un solo músculo de su cuerpo. Esto es frecuente en las parálisis hipnagógicas e hipnopómpicas, es decir, en las parálisis del momento de la transición de la vigilia al sueño, parálisis hipnagógicas, y del sueño otra vez al despertar, parálisis hipnopómpicas. Es frecuente ver enfermos que tienen disociaciones a este nivel. Se les despierta primero la consciencia y no la zona motora. El enfermo estando despierto tiene unas angustias tremendas porque se quiere mover y no puede y pasa unos minutos completamente imposibilitado.

El caso contrario es el sonambulismo. En el sonambulismo hay una disociación en sentido inverso. Está en funcionamiento la parte motora voluntaria cerebral, en cambio está sin funcionar, podríamos decir dormida, la parte consciente de esta zona cortical. Funcionarían los centros motores, la persona andaría e incluso podría hablar, pero no tendría consciencia de ello.

Estos estados de sonambulismo los podemos producir nosotros también, en la inducción de tipo sofrónico, en la que muchas veces se llega a estados profundos dando lugar a esta disociación. Hay algunos autores que precisamente sostienen que el hecho de conseguir esta disociación es el indicio de haber llegado a estados sofrónicos profundos.

Otro hecho importante en el sentido de liberación de centros más inferiores, que se consigue en los estados sofrónicos, es la regresión a conductas primitivas. La regresión no solamente a estados anteriores, sino incluso a conductas, a maneras de comportarse más primitivas. A veces, en estos estados, hay personas que adoptan posturas claramente fetales.

En este mismo orden de ideas tendríamos que citar la mayor facilidad de producción de fenómenos vegetativos en los estados sofrónicos. Es conocida la frecuencia de producción de fenómenos vegetativos por sugestión en estado sofrónico. En el libro de STOCKVIS y MONTSERRAT *Tratado de Hipnosis-Sofrología* hay una fotografía en la que el Dr. CAYCEDO está produciendo una lesión de tipo vesicular por sugestión en estado sofrónico profundo.

Hecho importante también en este sentido sería la llamada fase quinta o fase paradójica del sueño. Asimismo, la narcolepsia en la que estaría afectada la parte más profunda del sistema reticular mesencefálico-pontobulbar. También el estudio de los distintos fenómenos de liberación producidos durante las etapas de la anestesia. Finalmente en estados de tipo comatoso en los que nosotros vemos también que, a medida que el coma va profundizando, se van liberando zonas más inferiores del sistema nervioso.

B. — *Concepto de la consciencia*

Vamos a tratar de esbozar ahora el concepto que nosotros tenemos sobre la consciencia. El darse cuenta del mundo exterior en relación con uno mismo y del mundo de las propias vivencias, es decir, el darse cuenta de sí mismo, es el ser consciente.

Consideramos en la consciencia tres aspectos, que además nos servirán como hipótesis de trabajo y como base didáctica.

Uno sería el contenido de la consciencia. Este contenido de la consciencia está formado por toda una serie de imágenes, de ideas, de pensamientos, de fenómenos mnésicos que forman el caudal fluyente y variable de nuestra consciencia. Son su contenido.

El segundo aspecto son los estados de consciencia. Aun cuando estos estados de consciencia se imbrican unos con otros y no están claramente definidos, necesitamos, como hemos dicho, una hipótesis de trabajo para empezar a comprenderlos. A este fin nos parecen muy oportunos los estudios de ROJO SIERRA, a los que remitimos al lector para una comprensión más amplia.

Este autor acepta cuatro parámetros en la consciencia, el parámetro de la claridad, de la amplitud, de la complejidad y del tono. Las variaciones relativas de estos parámetros, en relación unos con otros, podrían formar la base de los distintos estados de consciencia. Es decir, por ejemplo, en un estado de consciencia determinado, podría haber una gran claridad de la misma, y en cambio, por ejemplo, un tono disminuido. En otros, una gran disminución de la amplitud y de la claridad con un gran aumento de tono, etcétera. Un ejemplo de distintos estados de consciencia serían los que se encuentran en distintas psicosis. Asimismo los estados de "reverie", de

sueño, de éxtasis y los distintos estados sofrónicos serían distintos estados de consciencia.

Según A. L. LUDWING las alteraciones de los estados de consciencia se caracterizan por pérdida del control de la misma, alteraciones del pensamiento, de la percepción, del control del tiempo, de la imagen corporal, diferentes alteraciones de tipo emotivo-afectivo. De igual manera cambios en el significado de las cosas, de los hechos, sentido de lo inefable, sensación de rejuvenecimiento e hipersugestibilidad.

Finalmente otro aspecto es lo que llamamos niveles de consciencia. El nivel de consciencia sería una variación en intensidad de los distintos parámetros a la vez (figura 2). En el estado normal de la consciencia, podría-

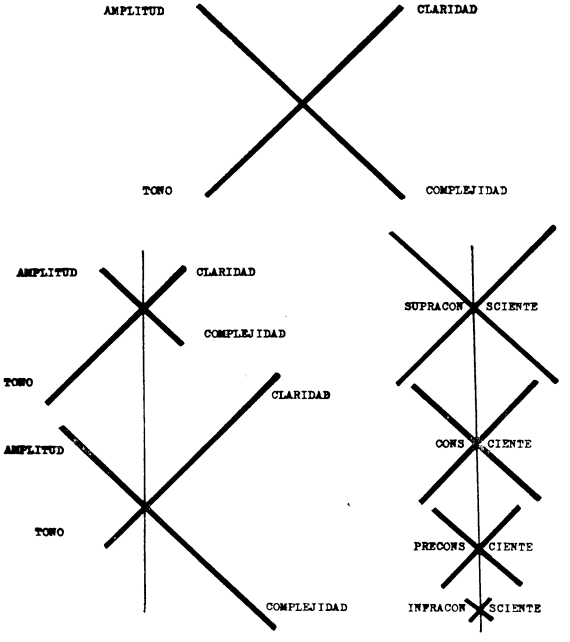


FIGURA 2.— Distintos estados y niveles de la consciencia.

mos representar los cuatro parámetros simétricos y de una intensidad determinada que vendría representada por su longitud.

Hay algunos autores que catalogan los niveles de consciencia en supervigilante, despierta, normal, descendida, obnubilada y comatosa. Nosotros

preferimos hablar de supraconsciente, consciente, preconsciente e infraconsciente.

Tanto los estados de consciencia como los niveles, no son algo estable y fijo sino que varían continuamente.

El distinto nivel de consciencia, se podría producir también porque variara uno de los parámetros de la consciencia de un modo muy acusado. Entonces la consciencia, podríamos decir que para poder sobrevivir, tendría que simplificarse en conjunto. Es lo que los alemanes llaman "sprünphänomene" (fenómeno del salto). Es decir, cristalizarían en un nivel más inferior, más simplificado y se formaría un nuevo nivel de consciencia a distinta escala. Es decir, los estados de tensión límite de la consciencia producirían un salto a un nivel más inferior en que volverían a equilibrarse los cuatro parámetros mencionados. Nosotros creemos que esta equilibración se podría producir también a niveles supraconscientes más superiores, como por ejemplo en ciertos estados yóguicos o de éxtasis.

Estos cambios en los estados y niveles de consciencia, se pueden conseguir también con la administración de drogas (amfetaminas, neurolépticos, timolépticos, hipnóticos, anestésicos, mescalina, ácido lisérgico, etc.).

También podemos conseguir estos cambios en el estado y aun en el nivel de la consciencia, por la inducción sofrónica más o menos profunda.

C.—*Bases neurológicas de los estados y niveles de consciencia*

En primer lugar, vamos a estudiar aquellos hechos que pueden activar o inhibir nuestra consciencia. El primero que se nos ocurre, porque es el más elemental, es el de los estímulos que nos vienen de fuera, ya sean sensoriales o sensitivos, y los de los estímulos que nos vienen de dentro. Lo que podríamos llamar estímulos extraceptivos e intraceptivos. Los movimientos musculares, los movimientos de tipo tendinoso, la visión, la audición, el tacto, el medio ambiente, el calor, el frío, etc. Toda esta serie de hechos actúan como un estímulo.

Este es un estímulo importante para la vida. Probablemente si se consiguiera suprimir totalmente todo estímulo exterior, es muy posible que el hombre no pudiera continuar viviendo. Esto les ocurre por ejemplo a los astronautas, que tienen que estar en un ambiente quieto, sin estímulos, puesto que no hay aire, no oyen ruidos, flotan en el vacío. Una de las maneras que se emplea para obviar esta dificultad, es tener unos dispositivos que automáticamente les hacen compresiones musculares, por ejemplo en los músculos de la pantorrilla, para producirles un estímulo beneficioso sobre su sistema nervioso central.

¿Qué vías siguen estos estímulos? Normalmente estas vías siguen dos

caminos. Lo que llamamos la vía corriente o lemniscal, es decir, la vía de la sensibilidad general, a través de la medula, del tronco encefálico hasta el tálamo, con estación de "relais" en el tálamo y del tálamo hasta el cerebro. Esta misma vía aportada por los pares craneales, es la que seguiría las vías sensoriales de la vista, la audición, el gusto, etc.

Además de esta vía, existe la vía extralemniscal, constituida por el SARA que juega un papel importante para el estudio de los estados y niveles de consciencia. (SARA = Sistema reticular activador ascendente).

El SARA está constituido por un gran número de neuronas que poseen una ramificación extraordinaria. Se ha calculado, por ejemplo, que una neurona del sistema reticular ascendente mesencefálico del gato, conecta con más de 27.000 neuronas distintas. O sea, hay en esta zona una gran capacidad de intercambiar y dar, por decirlo así, un gran efecto de resonancia a los estímulos. Es lo que podríamos llamar un sistema internuncial extraordinario. Este existe en todo nuestro sistema nervioso, pero aquí la constelación internuncial sería verdaderamente importante.

Este SARA tendría como cualidad principal el que por él van los estímulos que actúan sobre la vigilancia, sobre la atención, es decir, sobre la consciencia.

El SARA está situado a nivel del tronco encefálico, desde la parte más alta del mesencéfalo hasta el bulbo raquídeo. Tiene además una serie de proyecciones talámicas y corticales.

Señalemos como hechos importantes (figura 3), que a nivel del mesencéfalo existe una zona extraordinariamente activa y vigilantígena. Esta acción de activación de la vigilancia, estaría especialmente anclada en la región pontina, en lo que se llama el núcleo reticular pontis oralis o núcleo de Bantini. La estimulación de esta zona produce una reacción de despertar que se traduce en el E. E. G. por una producción de ritmo alfa y una acusada desincronización.

En esta región protuberancial, hay otra zona también importante, constituida por el núcleo reticular pontis caudalis, de marcada acción inhibidora. En esta zona se supone situada la base estructural de la fase quinta del sueño de la que luego trataremos, y que tiene importancia para intentar explicar ciertos estados de consciencia producidos en la inducción sofrónica, y también en la posible facilitación de la producción de fenómenos de tipo telepático.

Más abajo, en la región correspondiente al bulbo, existe otra zona inhibidora, con inhibición no solamente hacia las estructuras más altas, sino también hacia las más inferiores.

En la figura también está representada la relación entre el SARA con el sistema límbico, constituyendo el llamado circuito limbomesencefálico. Des-

pués veremos la importancia de este sistema límbico con los fenómenos de tipo afectivo-emotivo. La conexión entre el sistema límbico y el SARA es esencial para explicar como veremos muchos de estos fenómenos.

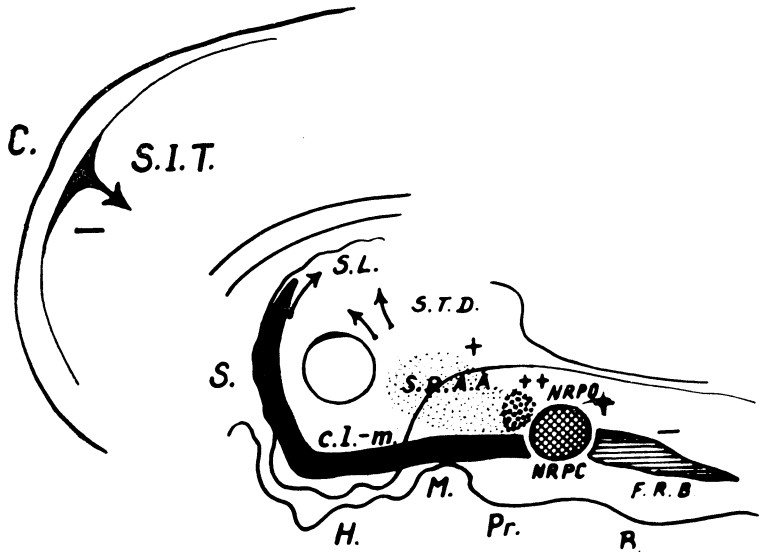


FIGURA 3.— El sistema reticular en el tronco cerebral. C, corteza cerebral; SIT, sistema inhibidor telencefálico; NRPC, núcleos reticularis pontis caudalis (inhibidor); CLM, circuito límbico mesencefálico; SL, sistema límbico; S, región septal; FRB, formación reticular bulbar; SRAA, sistema reticular ascendente; STD, sistema talámico de proyección difusa; NRPO, nucleus reticularis pontis oralis (activador); H, hipotálamo; M, mesencéfalo; PR, protuberancia; B, bulbo.

En la parte superior de la figura, se observa una flecha en sentido descendente. Significaría que desde la corteza cerebral, hay un efecto inhibidor de tipo cortical, sobre las zonas más inferiores. (Las estructuras que regulan los estados y niveles de consciencia pueden ser inhibidoras, activadoras, pero también mixtas.) También revisten importancia para nuestro propósito la existencia de efectos inhibidores y excitadores a través de los fascículos retículo-espinales mediales y laterales, tanto sobre el sistema motor (motoneuronas gamma y alfa), como también sobre el sistema sensitivo, ya a nivel medular, ya incluso a nivel periférico.

D.—*Estado sofrónico y sueño*

Se ha discutido mucho la relación de los estados sofrónicos con el sueño.

Ha habido autores que han querido ver entre estos distintos estados de consciencia, estados sofrónicos y el sueño, una relación estrecha. STOCKVIS por ejemplo, cita una serie de hechos que relacionarían los estados sofrónicos con el sueño (ver libro de STOCKVIS y MONTSERRAT). Uno de los que él cita, por ejemplo, es el paso sin transición del uno al otro. Es decir, puede ocurrir que una persona en estado sofrónico, entre de una manera paulatina en un estado de sueño podríamos decir fisiológico. Asimismo, al revés, es fácil inducir estados sofrónicos a partir de estados de sueño. Otro hecho a favor de esta relación sería la disociación que existiría tanto en estado de sueño, como en estados sofrónicos, respecto a la conexión con el mundo exterior. La persona sofronizada se da cuenta de los hechos de su ambiente. En estados muy profundos, desaparece esta conexión con el ambiente. Está conectada con la persona del sofronizador. Esta conexión, este "rapport" ellos lo comparan con la conexión que tiene la madre que está durmiendo en medio de ruidos de todas clases, sin despertarse, y en cambio se despierta en seguida a la más leve queja de su pequeñito.

Esta conexión de tipo afectivo-emotiva sería una conexión parecida al "rapport afectivo-emotivo que hay entre el médico y la persona sofronizada.

Otro hecho importante, son los estudios que se han hecho desde un punto de vista electroencefalográfico. MONTSERRAT dice que no hay un sueño solo, sino que hay distintas clases de sueño. Es cierto, que el E. E. G. es completamente distinto en los estados de tipo sofrónico, aun cuando sean de tipo sofrónico profundo. En el estado de tipo sofrónico el E. E. G. es muy parecido al E. E. G. de vigilia. Algunos autores como GASTAUT, encuentran en estado sofrónico pequeñas diferencias posiblemente estudiadas con el analizador de frecuencias, que permitirían distinguir el estado de inducción sofrónica del estado de vigilia.

Una persona normal acostumbra a tener por la noche seis o siete fases de sueño en forma ondulatoria, unas muy profundas y otras menos intensas.

En estas fases hay una serie de ondas lentas que oscilan alrededor de 14 c/s., complejos K, ondas puntiagudas de sueño. Pero ocurre un hecho paradójico, y es que de vez en cuando este E. E. G. cambia completamente y adopta el aspecto de E. E. G. de vigilia. Es decir, como si el enfermo estuviera despierto, y sin embargo el enfermo está profundamente dormido, es en las fases en que está más profundamente dormido. De aquí el nombre de fase paradójica que se da a esta V fase del sueño según la clasificación de JOUVET. La acción del núcleo reticular pontis caudalis, de tipo inhibidor,

de la que tratábamos antes, se supone que juega un papel importante en estos hechos.

En esta fase paradójica hay una gran relajación muscular, como vemos también en los estados sofrónicos profundos. Se ha observado también un aumento de irrigación cerebral. También se ha observado lo que se llama REM períodos, es decir, los movimientos oculares repetidos que coinciden con las fases de los ensueños.

Esta disociación entre el dormir y el ensueño es semejante a lo que nosotros podemos provocar con la inducción de estados sofrónicos.

Finalmente, digamos unas breves palabras sobre las ideas de PAVLOV. Para este autor los estados que nosotros llamamos "sofrónicos" (de sueño sugerido, según la escuela pavloviana) no serían más que una inhibición cortical difusa de tipo reflejo condicionado. Un estímulo condicionado en un punto determinado del hemisferio cerebral, repetido y monótono, conseguiría provocar un estado de inhibición de toda la corteza cerebral, menos de esta zona. Asimismo, el segundo sistema de señalización pavloviana induciría al estado de tipo sofrónico más o menos profundo. Para la escuela reflexológica, los estados sofrónicos no serían más que estados de sueño parcial.

Todas estas nociones han sido explicadas más detalladamente en otros temas de este Symposium, por lo que no insistimos en ello.

E.—*Los distintos sistemas de acción*

Después de lo dicho, vemos que podemos actuar para provocar una variación del estado y nivel de consciencia, principalmente por dos caminos. Dejamos aparte aquí el segundo sistema de señalización o sea el lenguaje, que lo hemos tratado en otro tema de este mismo Symposium.

El primero de tipo descendente cortical, por la producción por ejemplo, de la repetición monótona de algún estímulo.

El segundo, por una acción ascendente, ya sea por vía lemniscal o por la vía reticular, intentando conseguir que el enfermo reciba cuantos menos estímulos del exterior posibles e intentando que los estímulos improbables se conviertan en probables. Esto se hace casi de una manera instintiva al situar al enfermo en una atmósfera tranquila, evitando dentro de lo posible toda clase de estímulos o consiguiendo que estos estímulos sean repetidamente monótonos. Las órdenes de tipo ideomotor, de desaparición de tensiones, de aflojamiento de los músculos, favorecen el paso a estados de consciencia distintos y de nivel más profundo.

Pero además de estos dos caminos hay otra vía también importante que es de la que vamos a tratar ahora. Es lo que podríamos llamar la vía afec-

tivo-emotiva. Hay algún autor (MILECHNINN) que sostiene que de una manera predominante, juega un papel importante en la inducción del estado sofrónico el factor de tipo emotivo.

Asimismo la importancia del factor afectivo es sobradamente conocida. Basta recordar la importancia de la transferencia entre el médico y el infermo.

Todos estos factores de tipo afectivo-emotivo tienen un substrato orgánico. Los estudios de neuropsicología experimental han hecho grandes avances en el estudio de la zona talámica, el diencéfalo y sus conexiones. En la zona hipotalámica (figura 4) se acepta clásicamente una zona ante-

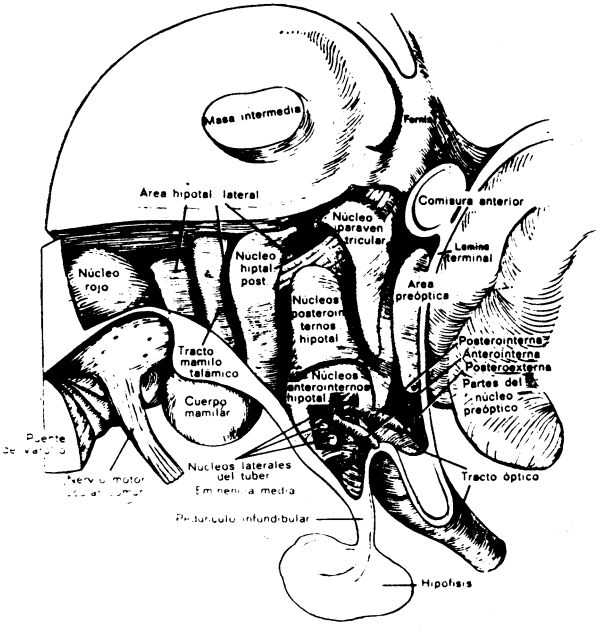


FIGURA 4.— Los núcleos hipotalámicos.

rior en que los núcleos hipotalámicos tendrían una acción preferentemente trofotropa, es decir, de descanso, de recuperación y alimentación del organismo y una zona abarcando los núcleos hipotalámicos posteriores que tendrían una acción preferentemente ergotropa, de despertar, de vigilia, de actividad, de agresión, de lucha.

Estos hechos, aceptados por la mayoría de neurofisiólogos, son sobradamente conocidos, pero además conviene llamar la atención que esta

región hipotalámica, está especialmente conectada con la hipófisis, la glándula rectora del sistema endocrino orgánico. El área preóptica, por ejemplo, regularía la diabetes diencefálica o diabetes insípida. La parte anterior de la eminencia media tendría, según los neurofisiólogos, una acción importante en la regulación de la ACTH, el TSH y la aldosterona. La estimulación del núcleo lateral posterior provocaría sensaciones de miedo y falsa rabia. La zona mamilar tendría una gran influencia sobre la conducta sexual.

Esta serie de interesantes estudios va descubriendo cada día más la relación de esta zona con el complejo endocrino-vegetativo-emotivo.

Aparte de estos factores de tipo diencefálico que ya son conocidos desde hace bastantes años, más recientemente se ha dado mucha importancia al llamado sistema límbico (figura 5) para la integración de toda esta serie de

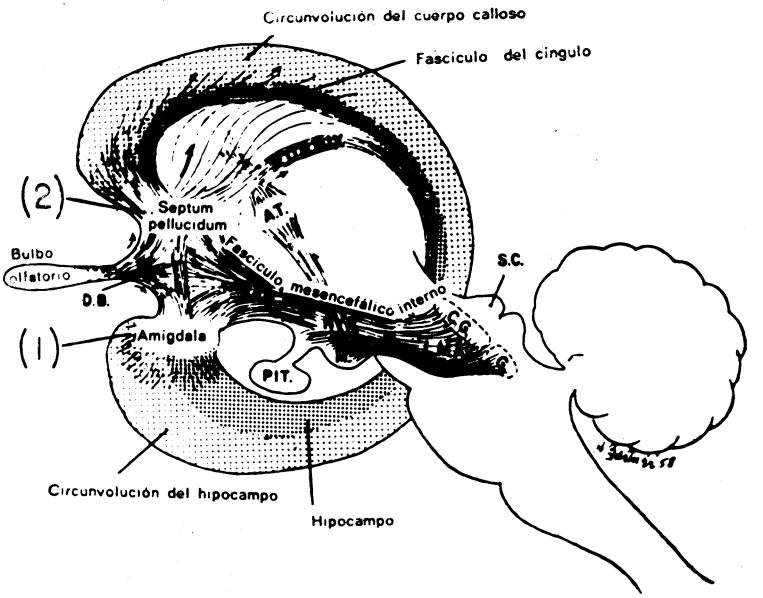


FIGURA 5.— Los circuitos de Adey-Nauta y Papez-McLean

fenómenos de tipo afectivo-emotivo y sobre todo de sus relaciones con el SARA y con los estados de consciencia.

La afectividad y la emotividad se relacionan con el estado de atención y asimismo con la facilidad de aprendizaje. Es un hecho de experiencia que si el profesor en la escuela es agradable, será mucho más fácil, mucho más

cómodo aprender, que si es una persona desagradable y antipática, aunque explique igual.

En los estados de emoción intensa no sólo hay la típica pérdida del tono muscular, sino realmente trastornos profundos de la consciencia. Estos hechos son importantes, también, en relación con los estados de consciencia durante los estados sofrónicos.

Uno de los circuitos neurales para explicar esta relación es el circuito de ADEY y NAUTA que relacionan el SARA y el sistema lemniscal ordinario con el sistema límbico. Del SARA mesencefálico partiría una excitación que iría hasta el sistema talámico, en la región septal de éste el circuito iría por el fórnix hasta el hipocampo y el giro hipocámpico. Finalmente el circuito se cerraría pasando por la stría medularis y el sistema habenular al núcleo tegmental donde volvería a conectarse con el SARA.

PAPEZ y MCLEAN además de este circuito, describen otro que también tendría importancia para explicar estas relaciones. Este circuito sería más amplio y partiría del hipocampo y de la zona de los cuerpos mamilares, subiría por el haz mamilo-talámico hasta los núcleos talámicos anteriores, pasaría el fascículo del cíngulo y de aquí, por el hipocampo y el fórnix, a los cuerpos mamilares donde se volvería a cerrar otra vez el circuito.

Las relaciones del SARA con todas estas estructuras talámicas, subtalámicas e hipotalámicas y con la corteza son de una gran importancia. Aquí se consideran, en la actualidad, que residen las bases anatómicas de la relación de los estados de consciencia con la emotividad-afectividad.

F.—*Resumen de la acción sofrónica*

Haciendo una breve comparación como pauta didáctica, sobre estos estados de consciencia base de la Sofroterapia con su substrato neurológico, podríamos decir:

La acción ideomotriz influiría sobre la corteza cerebral. De la misma nos ocupamos, como hemos dicho, con más detalle en otro tema de este mismo Symposium. Esta tendría una influencia inhibidora sobre la corteza y sobre los estímulos sensitivos exteroceptivos y propioceptivos así como sensoriales.

La repetición monótona del estímulo, convertiría el mismo de improbable a probable.

La disminución progresiva de la amplitud de la consciencia, se iría produciendo paulatinamente con la posibilidad de llegar a objetivar en gran manera las sugerencias del sofrólogo.

La acción emotivo-afectiva por los distintos fenómenos de rapport-transferencial.

La disociación intensa y progresiva del estado de consciencia podría producir fenómenos de tipo catapléjico, de tipo hignogógico, de tipo sonambúlico. En los estados de máxima profundización no solamente habría una disociación y un cambio en el estado de consciencia, sino cambios del nivel de consciencia, estados crepusculares, de obnubilación, de estupor e incluso estados comatosos.

II
INDICACIONES TERAPÉUTICAS

PLATONOV dice que la Psicoterapia puede aplicarse en las enfermedades orgánicas del sistema nervioso:

1.º Cuando estas enfermedades van acompañadas de estratificaciones neuróticas somatógenas.

2.º En los casos de reacción neurótica psicógena a la lesión orgánica del sistema nervioso.

3.º Con fines de diagnóstico diferencial entre las perturbaciones de origen psicógeno y orgánico.

Sin embargo, la Sofroterapia tiene en Neurología unas indicaciones más amplias, puesto que al efecto psicoterápico "per se", concomitantemente se une un efecto de tranquilización psíquica y orgánica.

La posibilidad insinuada por algún autor en el hecho de que la aplicación de un tratamiento sofroterápico distraiga de la realización de un diagnóstico correcto de tipo orgánico o psicosomático, nos parece superfluo. Es completamente obvio que no se debe iniciar nunca un tratamiento sofroterápico, al igual que en cualquier otra clase de terapéutica, hasta haber realizado un diagnóstico correcto, sindrómico, patogénico y a poder ser etiológico.

Hay múltiples aplicaciones prácticas de los métodos sofrológicos en distintas afecciones neurológicas. Vamos a hacer una rápida enumeración de las mismas.

En primer lugar, en toda enfermedad existe una tensión psico-orgánica que debemos mejorar. Además los confines de muchas enfermedades neurológicas se relacionan con enfermedades no solamente psicógenas sino psíquicas, lo que amplía el campo de la Sofroterapia.

En afecciones claramente orgánicas, podríamos mencionar todos aquellos casos de recuperación de parálisis, principalmente en las que predomina un factor espástico (véase *Mecanismos neurofisiológicos de la relajación estática y dinámica*), desde las parálisis faciales hasta cualquier tipo de parálisis de las extremidades.

En las secuelas de la poliomielitis, los métodos de Sofroterapia, variados según cada caso, y la aptitud mental de cada enfermo, recordarían en parte el famoso tratamiento conocido como método de miss KENNY. Los métodos de relajación, ya estáticos, ya dinámicos (relajación dinámica de CAYCEDO) pueden ser útiles en determinados síndromes polineuríticos o neuríticos. Según KROGER en enfermedades neuromusculares crónicas, en las que PLATONOV también cita mejorías, en particular en la esclerosis múltiple y en el Parkinson, la Sofroterapia puede producir mejorías, no solamente por su acción orgánica sino activando el componente inespecífico psicológico. Según el primer autor, bajo inducción sofroterápica "se pondrían en marcha poderes olvidados de tipo muscular". Es conocido también el tipo de emotividad especial del enfermo afecto de esclerosis múltiple. En casos de parálisis cerebral congénita y en otros casos de parálisis cerebrales con afección neuromuscular pueden ser útiles los métodos sofroterápicos.

En afecciones de tipo neurálgico, incluso en neuralgias tan rebeldes como las trigeminales, pueden beneficiarse de inducciones sofrónicas profundas.

En las llamadas jaquecas tensionales, en las migrañas nucales, en las cefaleas miógenas por tensión psíquica, la indicación de la Sofroterapia es acusada.

En distintas enfermedades metabólicas y endocrinas ligadas a procesos neurológicos.

En la prevención y el tratamiento de las enfermedades vasculares cerebrales, principalmente las que cursan con hipertensión esencial.

En temblores y distonías, tics y espasmos, tortícolis, calambres profesionales e incluso en la mejoría de enfermedades como las del grupo de la corea, atetosis, síndromes parkinsonianos, etc. Asimismo la Sofroterapia es muy útil en casos de tartamudez. En ciertos síndromes post-traumáticos tardíos.

La mejoría del rendimiento global intelectual y de la memoria en muchos enfermos neurológicos. En casos de alcoholismo y adición a las drogas, que cursan con evidentes trastornos neurológicos y en todo el numeroso grupo de enfermedades psicosomáticas de traducción neurológica o paraneurológica. En ciertos casos en que interesa poder realizar un diagnóstico diferencial entre enfermedades orgánicas y psíquicas.

Asimismo los métodos sofrológicos son útiles en relación con la labor investigadora de los métodos auxiliares de la Neurología, principalmente la electroencefalografía y la electromiografía.

BIBLIOGRAFÍA

BARRAQUER-BORDAS, L. — *Neurología fundamental.* "Ediciones Toray, S. A." Barcelona, 1963.

BARRAQUER-BORDAS, L. — *Neurología y psicología profunda.* "VIII Conversaciones de Intelectuales de Poblet", 1967.

BROCK, S. y KRIEGER, H. P. — *Fundamentos de neurología clínica.* "Editorial Jims". Barcelona, 1966.

CAYCEDO, A. — *Relajación, hipnosis, yoga, zen: fenómenos unitarios.* "Revista Ibero Americana de sofrología". Buenos Aires, 1965.

CAYCEDO, A. — *India of Yogis.* "National Publishing House" Delhi, 1966.

CAYCEDO, A. — *Letters of silence.* "Bhawnani and Sons". Delhi, 1966.

CAYCEDO, A. — *Considerations sur la Sophrologie, ses fondements et ses structures.* "II Cong. Franc. de Sophrologie", 1968.

A Symposium organized by the Council for international organizations of medical sciences. *Brain mechanism and consciousnes.* Masson et Cie. Editeurs, París, 1954.

CRUDEN. — *Sueño y despertar.* "British Journal of Clin. Pract." pág. 475, Junio, 1960.

CHERTOK, L. — *La hipnosis.* "Editorial Atika". Madrid, 1964.

FAURE, J.; QUILICHINI, R.; GUYNE, J. y LOISEA. — *Hormonas antihipofisarias y rinoencefalo-diencéfalo.* "Thérapie" 13:200: n.º 2: 1957.

GLASNER, S.; KLINE, M. V.; MARCUSE, F. L.; SWEETLAND, A.; WEITZENHOFFER, A. M.; y GUZE, H. — *Hipnosis y psicología dinámica.* "Editorial Psique". Buenos Aires, 1955.

GRANONE, F. — *Memoria y estados de conciencia.* "Revista Ibero Americana de Sofrología", 4:173:1966.

GRIFFITH, E. — *Duración del efecto post-hipnótico.* "Brit. J. Psychiat". 109:259:1963.

GUBEL, I. — *Sofrología.* "Revista Ibero Americana de Sofrología", 4:235: 1967.

HERNÁNDEZ-PEÓN. — *Los principios neurológicos del sueño.* "Arneimittel Forschung" n.º 10, Octubre, 1965.

KROGER, WILLIAM, S. — *Hipnosis clínica y experimental.* "Editorial Glem S. A." Argentina, 1965.

KUBIE, LAWRENCE S.; y TOWSON. — *Hypnotism.* "General Psychiatry", 4: n.º 1:1961.

LERNER, MARCELO. — *Hipnosis clínica.* "Editorial Médica Panamericana", Buenos Aires, 1964.

LUDWIG, ARNOLD L. — *Altered states of consciousnes.* "Arch. Gen. Psychiat". 15: 225:1966.

MILECHNINN, A. — *La hipnosis.* "Librería Hachette, S. A." Buenos Aires, 1961.

MONTSERRAT, V. L. — *Hipnosis* "Enciclopedias de Gassó Hnos. Editores". Barcelona, 1966.

LE NY. — De la introducción del libro *Reflejos condicionados e inhibiciones de* I. PAVLOV. "Ediciones Península". Barcelona, 1967.

OUSBY, W. J. — *Self-Hypnosis and Scientific Self-Suggestion.* "Thorsons Publishers Ltd". Londres, 1967.

OUSBY, W. J. — *The theory & practice of hypnotism.* "Thorsons Publishers Ltd." Londres, 1967.

PAVLOV, IVAN, P. — *El sueño y la hipnosis.* "Editorial Martínez de Murguía". Buenos Aires, 1959.

PLATANOV, K. — *La palabra como factor fisiológico y terapéutico.* "Ediciones en lenguas extranjeras". Moscú, 1958

POWERS, M. — *Técnicas avanzadas de hipnotismo.* Segunda edición. "Editorial Glem S. A." Buenos Aires, 1965.

ROJO SIERRA. — *El renacimiento del concepto de consciencia en la psiquiatría de hoy.* "Folia Neuropsiquiátrica" Marzo, 1967 y sig.

SCHELLERT, P. — *Nuevos conocimientos sobre la neurofisiología del sueño.* "VIII Congreso Nacional de Neuro-Psiquiatría". Madrid, 1965.

SOLER VIÑOLO, M. — *Estudio sobre el síndrome catatónico.* (Experimental y clínico). "Folia Neuropsiquiátrica" 2:59:1967.

STOCKVIS, B.; y MONTSERRAT-ESTEVE, S. — *Tratado de hipnosis-sofrología.* "Ediciones Scientia", 1967.

SUTTER, J. M. y PELLICER, Y. — *Les substances hallucinogenas.* "Psychiatrie" 11:1, 1957.

WEITZENHOFFER, A. — *Hypnose et suggestion.* "Editorial Paidos" París, 1967.

WILKINSON, R. T. — *Privación de sueño.* "Triángulo" 8:162: 1968.

(La figura 3 ha sido tomada de *Neurología Fundamental de* BARRAQUER-BORDAS).

(Las figuras 4 y 5 han sido tomadas de *Fundamentos de Neurología Clínica de* BROOCK y KRIEGER).

Sofroterapia en Pediatría

Casos clínicos

G. TERUEL Y A. G. DE TERUEL

Huyendo de toda erudición y teorización nos limitaremos a lo que, realmente, constituye el objeto de este trabajo que, como su título indica, pretende informarles de los resultados obtenidos con la utilización de las técnicas sofrónicas en la curación de las afecciones psicosomáticas en Pediatría. Hemos seleccionado los casos que nos han parecido más elocuentes, procedentes de nuestra clientela privada y de los Departamentos de Psiquiatría y Psicología de la Cátedra de Pediatría de Barcelona.

Antes de pasar a su descripción subrayaremos los siguientes hechos:

1) Tanto en la visita dispensarial como en el internamiento hospitalario encontramos un contingente importante de afecciones psicosomáticas que va siendo mayor a medida que el pediatra general se va informando y convenciendo de la realidad de este hecho.

2) Hasta hace relativamente poco tiempo nuestro esquema terapéutico en estos casos, así como en toda la problemática paidopsiquiátrica, consistía fundamentalmente, en una psicoterapia individual, de grupo y familiar, ayudada, a veces, con psicofármacos y completada, en los casos que estaba indicado, con una orientación psicopedagógica y rehabilitadora.

Hemos ido comprobando a través de los años que este esquema terapéutico tenía un fallo, originando, consecuentemente, la no resolución de algunos casos o la pérdida del cliente antes de obtener su total curación. Este fallo no es otra cosa que la cantidad de tiempo necesario para realizar una psicoterapia eficaz, por breve que sea. Una consecuencia derivada de este hecho, entre otras, es el dispendio económico de la familia que, a veces, termina abandonando el tratamiento.

3) Desde hace aproximadamente un año e influidos por las doctrinas

del profesor CAYCEDO nuestro esquema terapéutico se ha visto enriquecido con la aplicación de las técnicas de la Sofrología. Sus resultados son los que, seguidamente, van a conocer, pudiendo esquematizarse en los siguientes hechos: a) Resultados espectaculares ya a partir de la primera sesión. b) Debido a ello se obtiene una mayor dependencia y vinculación familiar, lo que permite influir más eficazmente sobre el ambiente, que consideramos factor importantísimo en el desencadenamiento y mantenimiento de toda la problemática emocional del niño. c) El tercer hecho, consecuencia de los dos primeros, es la rapidez en la resolución de los casos con la consiguiente economía de tiempo y dinero, lo que amplía el sector de niños que pueden beneficiarse de algo tan importante como es la estructuración de su personalidad.

Seguidamente pasamos a la descripción de los casos:

Alberto P. A. Varón. Edad 7 años. HISTORIA CLÍNICA n.º P-I, 138.

Viene a la consulta con el diagnóstico de asma bronquial que padece desde los dos años de edad. Ha sido tratado con múltiples fármacos por diversos especialistas. A la exploración se comprueba una disnea espiratoria, abundantes sibilantes diseminados por ambos hemitórax y planos, hiperclaridad pulmonar con horizontalización de las costillas, Mantoux negativo y pruebas cutáneas alérgicas positivas. Se diagnostica de asma bronquial y se instaura un tratamiento con antibióticos, broncodilatadores y micolíticos.

Al persistir los síntomas se añaden corticoides, obteniéndose una notable mejoría inicial seguida de empeoramiento posterior, llegando a un estado asmático que no había forma de solucionar. Se aconseja el traslado de vivienda con unos familiares que provoca una agravación del cuadro.

En este momento se practica una exploración psicológica obteniéndose los siguientes datos: Raven Especial Perc = 95. En el test del dibujo de la familia aparece el paciente con el mismo tamaño que su hermana de un año y con aspecto triste y decaído. Presintiendo una mala relación familiar le pedimos dibuje la casa en donde le gustaría vivir, ya que en su piso se siente oprimido. Dibuja una casa de campo y a la derecha una montaña. Él, extremadamente pequeño, está encima. En el plano superior nubes y pájaros. Le preguntamos qué dónde está su familia. Se queda sorprendido y contesta: "Estarán dentro de la casa".

La madre es una señora frustrante. Al mismo tiempo que lo sobreprotege no permitiéndole ninguna libertad lo trata bruscamente.

Se inicia tratamiento con sofronización obteniéndose una mejoría espectacular desde la primera sesión, desapareciendo los síntomas y normalizándose completamente la auscultación a los cinco días de tratamiento. Se

suprime toda medicación y se inicia vacunación. En total se hacen 10 sesiones de sofronización en el espacio de un mes. Entonces se le pide que dibuje de nuevo a su familia y él aparece en primer plano de mayor tamaño que sus padres y hermanos. Ahora se siente seguro de sí mismo. Hace vida normal y puede montar en bicicleta que tenía casi simbólicamente porque no había podido utilizarla.

El niño ha permanecido libre de síntomas durante un año. Hace dos meses inicia un cuadro similar de disnea paroxística que tampoco cede con medicación y que a la primera sesión de sofronización se soluciona.

M.ª Emilia S. A. Edad 13 años. Hem. HISTORIA CLÍNICA n.º S-21-.312.

Ingresa en el Hospital por presentar dolor en la nalga izquierda e imposibilidad de mover el miembro correspondiente desde hace mes y medio. Posteriormente se añade estreñimiento y retención urinaria. Durante todo este tiempo ha permanecido ingresada en un centro hospitalario de Barcelona es donde fue diagnosticada y tratada como tiatalgia. Este cuadro se inició después de unas abominalgias que motivaron su ingreso en un centro quirúrgico por posible apendicitis. Al darla de alta sin intervenir por resultar negativas las exploraciones empezó el cuadro.

A la exploración clínica todo resulta normal excepto un fuerte dolor al menor intento de movilización de la articulación coxofemoral. Las radiografías de dicha articulación son normales. Fondo de ojo normal. Pruebas biológicas normales. E.E.G. son signos de hiperexcitabilidad de estructuras profundas.

Como antecedente digno de mención cabe destacar la existencia a los 9 meses de edad, de una caída sin pérdida de conciencia, presentando varias crisis convulsivas durante los 2 meses que siguieron a dicha caída.

Diagnosticamos histeria de conversión. El mal estado general de la paciente impide la realización inmediata de una exploración psicológica. Hablamos con la madre obteniendo los siguientes datos: Es una niña muy desigual. Tan pronto está contenta como atraviesa momentos de rabia y agresividad ante cualquier contrariedad. Siente fuerte rivalidad hacia sus hermanos. Ella es la mediana de tres. Cuando está en casa no deja tranquilo al pequeño de 9 años. Trabaja como doméstica y es limpia y hacendosa aunque su carácter le condiciona frecuentes cambios de casa. Tiene novio y la madre muestra signos de preocupación y ansiedad al hablar de esta relación. El ambiente familiar nos parece normal. Vemos a la niña que atraviesa un momento de tranquilidad. Hablamos de diferentes cosas y al tratar el tema de su noviazgo comienza a quejarse, a sentirse mal y a eludir la conversación. Posteriormente supimos con certeza que las relaciones sexuales que mantenía con su novio la habían descompensado.

Decidimos sofronizarla y en la primera sesión nos hizo una crisis de llanto, taquipnea y movimientos convulsivos. Después de esta primera sesión experimenta ligera mejoría. Con la segunda sesión el dolor persiste ligeramente y puede caminar sola. Es dada de alta a los 7 días de iniciar el tratamiento en condiciones de normalidad absoluta. Se le hicieron 3 sesiones más ambulatoriamente.

Hace 10 meses que salió del hospital y durante este tiempo sólo ha presentado algunas crisis de cefalea de breve duración, algunas abdominalgias y un conato de dolor en la misma localización de la nalga izquierda pero que no ha perturbado su quehacer cotidiano.

Nuria H. M. Hembra. Edad 9 años. HISTORIA CLÍNICA n.º S.21-313.

Ingresa en el Hospital con el cuadro de fiebre, abdominalgia, vómitos y grave afectación del estado general. Con tratamiento antibiótico cede la fiebre y mejora el estado general, persistiendo las abdominalgias que la enferma presenta desde hace un año. Estos dolores son de localización epigástrica y bastante intensos, repitiéndose con gran frecuencia. Se practican los siguientes exámenes: Hemograma, V.S.J., Albuminuria, Sedimento de Orina, Examen completo de Heces, Urea en sangre, Enema opaco, Tránsito intestinal, Radiografía de tórax, Urografía descendente, Inograma, Urinocultivo, Cistografía, Prueba de funcionalismo renal y E.E.G. El único resultado positivo fue el de Urografía que evidenciaba una duplicidad pieloureteral bilateral que por sí sola no explicaba la persistencia de las abdominalgias.

Entonces pasa a los departamentos de psicología y psiquiatría. La constelación familiar es la siguiente: La madre sufre de ataques epilépticos, padeciendo además de múltiples dolencias cambiantes. El padre es un enfermo de silicosis. El hijo mayor de 22 años es un psicópata. Intentó abusar de la madre, por cuyo motivo, y durante breve tiempo, estuvo internado en una institución psiquiátrica. El siguiente hijo de 16 años es oligofrénico profundo. La hija de 12 años sufre de cefaleas y abdominalgias estando en tratamiento con fármacos antiepilépticos.

Nuestra enferma es la más pequeña. En el test de Ravel alcanza un Perc = 90. Confiesa que va mal en el colegio porque no le gusta estudiar. Es la última de la clase y la monja la castiga por creerla inteligente. Las diferentes pruebas de personalidad revelan infantilismo, inmadurez y gran ansiedad.

Se inician las sesiones de sofronización. En la primera confiesa un onanismo y su temor de que la tengan que operar por esto. Se le hace una sesión diaria durante 5 días. Mejora desde el primer momento y se da de alta al final de este período para ser controlada ambulatoriamente.

Hemos de consignar que a la tercera sesión de sofronización llegó con un fuerte dolor de muelas por una pieza careada. Se marchó sin molestia alguna. Ambulatoriamente recibió una sesión semanal durante 3 semanas.

Estrella R. R. Hembra. Edad 11 años. HISTORIA CLÍNICA n.º P-745.

Viene a la consulta por padecer cefaleas paroxísticas desde hace 15 días, rebeldes a la terapéutica farmacológica que ha venido recibiendo hasta ahora. Durante este tiempo ha tenido una pérdida de la visión que recuperó al llegar al Hospital en donde la estaban estudiando y tratando, y una pérdida del habla que recuperó al ponerle una inyección, en el mismo momento de clavarle la guja.

La exploración clínica general y neurológica así como el fondo de ojo son normales. El E.E.G. practicado por nuestra indicación revela signos de inmadurez electrogénica encefálica y una inestabilidad bioeléctrica de origen diencefálico de probable naturaleza ictafin. Diagnosticamos histeria de conversión.

La exploración psicológica revela los siguientes datos: En el test de Raven alcanza un Perc = 75. En el de Terman-Merrill un C.I. = 110. El test de Rorschach señala habilidad afectiva y gran imaginación. Es una niña extremadamente nerviosa, con tendencia a falsear la realidad. Su máxima ilusión es ser artista de cine. Estudia primero de bachiller y su rendimiento escolar es deficiente. Coincidiendo con los exámenes mensuales o trimestrales sufre cefaleas que le impiden ir al colegio.

Siente fuerte ambivalencia por su madre. Ésta es una enferma de los "nervios" (tratada por un psiquiatra) que esclaviza al marido con sus múltiples dolencias. Disfruta haciéndose la mártir ante los hijos y acusa al marido de ser el causante de sus padecimientos. Dice que si alguna vez ingiere alcohol le sienta muy mal y que teme que en estos momentos le dé un ataque de locura y la mate. Por este motivo vive aterrada e inculca su terror a los hijos. Sin embargo, confiesa que su esposo jamás la ha maltratado. Es un buen hombre, trabajador, pendiente de su familia y muy complaciente. Goza de sólida posición económica y sólo esporádicamente bebe.

La niña tarda mucho tiempo en dormirse y a veces llama a su madre. Su habitación está al lado de la de sus padres y las puertas siempre permanecen abiertas. Dice que teme que su padre agreda a su madre y este pensamiento la desvela. Creemos que este temor a la agresión tiene un sentido sexual dada la proximidad de las habitaciones y que la niña en otro momento confiesa convencida que no cree que su padre llegue a maltratar a su madre. Siente gran admiración por éste a pesar de sus temores.

Se inician las sesiones de sofronización y psicoterapia. A la segunda se-

sión desaparecen las cefaleas y poco después el insomnio. Se le hacen 8 sesiones. Durante este tiempo se reincorpora al colegio, pero no estudia por indicación nuestra. Mientras tanto acepta la necesidad de terminar el bachiller elemental para ingresar después en el Conservatorio de Arte Dramático. Racionaliza su ambivalencia materna considerándola como una enferma. Al año de evolución la niña se encuentra perfectamente.

Antonio V. S. Varón. Edad 11 años HISTORIA CLÍNICA n.º P-1.273.

Viene a la consulta por enuresis nocturna continua, diurna intermitente y encopresis esporádicas. Es un niño introvertido, triste y sin iniciativa. Estos síntomas se acentúan en momentos de nerviosismo y preocupación (por ej. exámenes).

Se practican las siguientes exploraciones: Análisis completo de orina, Radiografía de columna lumbosacra, Urografía descendente, Enema opaco, Exploración del esfínter anal y E.E.G. Todos los exámenes son negativos excepto el E.E.G. que revela una inmadurez bioeléctrica e inestabilidad de origen rinodiencefálico.

Se practica corrección quirúrgica de hipospadias.

Diagnosticamos euresis y encopresis de origen psicógeno.

La exploración psicológica nos da un C.I. = 105 en el test de Terman-Merril. Las pruebas de personalidad revelan gran inhibición, inmadurez, ansiedad y sentimiento de inferioridad por su sintomatología, celos fuertes de su hermana de 4 años y vinculación extrema a la madre. Se siente aislado en medio de su familia.

La constelación familiar es la siguiente: es el tercero de 3 varones, los dos mayores, de 21 y 19 años, con los que apenas mantiene relación si no es para reñirle. El padre es viajante de comercio y apenas si está en casa. La madre es una señora nerviosa que dice sentirse agobiada de trabajo y que por este motivo no se puede controlar. Todos protegen a la hija pequeña.

Comenzamos el tratamiento con sofronización y psicoterapia de apoyo, orientando a la madre sobre cómo debe tratar al niño. Se practican 5 sesiones a razón de 2 por semana. En este tiempo desaparece la encopresis y enuresis diurna, continuando la enuresis nocturna esporádica. Se opera un gran cambio de la personalidad normalizándose el carácter del niño.

En este momento marcha de viaje durante 10 días, encontrándose en este período completamente bien. Al volver abandona el tratamiento. Un tiempo después empeora. A los 3 meses vuelve para continuar las sesiones. Padece enuresis nocturna y diurna.

La madre confiesa sentirse muy nerviosa hasta el punto de llegar a decir al niño que no cree que se cure nunca. Los hermanos mayores han tenido problemas y últimamente lo tratan peor. El padre viene muy can-

sado de sus viajes y tampoco lo atiende. Hacemos psicoterapia a la vez que tratamos enérgicamente a la madre, emplazándola para que influya sobre el resto de la familia respecto a su actitud para con el niño. Ahora lleva 3 sesiones de sofronización y se encuentra perfectamente.

Francisco S. R. Varón. Edad 8 años. HISTORIA CLÍNICA n.º S-20.943. Ingresa en el Hospital por presentar deposiciones diarreicas y hemorrágicas desde hace 18 meses, rebeldes a todos los tratamientos empleados.

La rectosigmoidoscopia revela partes muy congestivas, fácilmente sangrantes, con pequeñas ulceraciones a nivel de la mucosa sigmoidea. La Radiografía por enema opaco pone en evidencia pequeñas lesiones ulcerosas a nivel de la cara interna de la porción descendiente del sigma. Existe, asimismo, un fondo alérgico demostrado por la gran sensibilidad a las pruebas cutáneas bacterianas. También se aprecia una alteración en la digestión de algunos principios inmediatos. Con estos datos exploratorios se llega al diagnóstico de "Colitis mucohemorrágica con ulcerosis incipiente".

Al persistir las deposiciones diarreicas y hemorrágicas pese al tratamiento instaurado pasa a los Departamentos de Psicología y Psiquiatría.

De la entrevista con la madre obtenemos los siguientes datos. Es el segundo de 4 hermanos. Siempre ha tenido cierta predisposición a las diarreas. A los 4 años tuvo una meningitis linfocitaria estando desde entonces muy sobreprotegido por los padres. Se le permite hacer lo que desea y los otros hermanos han de estar a su disposición por indicación de los padres, hasta el punto de que el niño se mofa diciéndoles "mis esclavos". El mayor, por este motivo, siente celos del enfermo. Este, si se excita por cualquier contrariedad, muerde y tira cualquier objeto que tenga a mano. Su colitis hemorrágica comenzó aproximadamente hace año y medio (pocos meses después del nacimiento de su hermana pequeña). La madre lo tiene asfixiado. No lo deja moverse ni ir al colegio porque está "muy enfermo". Tiene verdadera obsesión con las heces del niño.

En el Test de Terman-Merrill el niño alcanza un C.I. = 82. En el Raven un Perc = 25. Es un niño desatento con poca capacidad de razonamiento abstracto y buena memoria. Se siente enfermo pero nos da la impresión de que se encuentra a gusto en este estado. Muestra sentimientos ambivalentes hacia su madre. Es muy infantiloide y carente de iniciativa. Hemos de consignar que la madre nos parece torpe, y difícilmente capaz de aprovechar una psicoterapia breve.

Comenzamos las sesiones de sofronización. En este momento la madre marcha a su casa siendo sustituida por la abuela, mujer mucho más inteligente y manejable. El niño desde la primera sesión mejora. Hacia la cuarta sesión se encuentra perfectamente. Sigue ingresado durante 2 semanas

más mientras se trata. Al final de este período es dado de alta marchándose perfectamente.

Antonio M. P. Varón. Edad 8 años. HISTORIA CLÍNICA n.º S-20.607. El motivo de acudir al Servicio son crisis de abdominalgias paroxísticas y convulsiones generalizadas de breve duración y de una frecuencia media de dos a cuatro por día, que presenta desde hace unos dieciocho meses.

Ingresa en nuestro Servicio para un estudio completo de sus abdominalgias, habiendo sido visitado con anterioridad en diversos departamentos de este Hospital, diagnosticado y tratado como epiléptico.

Se le practican los siguientes exámenes: Hemograma, V.S.G., análisis completo de orina, curva de glucemia, lipidograma, protidograma, cromatografía de aminoácidos en orina, test de Föhling, test del triptófano, enema opaco, tránsito intestinal, urografía descendente, fondo de ojo, ecoencefalograma, E.E.G., radiografías de cráneo y neumoencefalografía. Los resultados de las exploraciones son normales excepto el E.E.G. que denuncia una inmadurez bioeléctrica cerebral con signos de irritabilidad neurótica centroencefálica.

Al persistir las crisis con el tratamiento anti-epiléptico pasa a los Departamentos de Psiquiatría y Psicología. Del interrogatorio obtenemos los siguientes datos: Las hasta ahora consideradas como crisis convulsivas no eran tales. Son crisis de dolor abdominal acompañadas de movimientos de brazos y piernas y contorsiones dolorosas de todo el cuerpo, sin pérdida de conciencia ni somnolencia post-ictal. Este cuadro se repite siempre de la misma forma. Además la madre manifiesta que desde que toma la medicación anti-epiléptica el niño presenta oscilaciones de irritabilidad y astenia e incluso somnolencia y semiobnubilación que atribuimos a una sobredosificación en un intento de controlar la crisis.

Nuestro diagnóstico fue de epilepsia abdominal. La razón de no controlar las crisis e incluso del empeoramiento de sus síntomas con una profunda alteración del carácter y comportamiento del niño, estriba en pretender curar este tipo de epilepsia, tan discutida desde que TROUSEAU (1868), FICHAUX (1897), y GOWERS (1907) señalaron el posible carácter epiléptico de ciertos dolores abdominales paroxísticos, exclusivamente con fármacos antiepilépticos.

Nosotros hemos demostrado en una comunicación presentada al XII Congreso Nacional de Pediatría, que tanto estas formas no convulsivas de epilepsia, como otro grupo desglosado por nosotros y a los que proponemos llamar *ictafines,* pueden beneficiarse de la medicación antiepiléptica, pero la curación inmediata y definitiva, no sólo de sus síntomas, sino del

carácter del niño, sólo puede obtenerse con las técnicas de sofronización y psicoterapia.

La constelación familiar es la siguiente: Son dos hijos. El padre es un buen hombre, trabajador pero sin iniciativa ninguna. Ante cualquier contrariedad se siente indefenso. La madre es una señora nerviosa, inteligente y sobreprotectora. Protege a todos los de su casa. El hijo de 15 años estudia y trabaja. Se encuentra sobrecargado. No quiere abandonar los estudios y ha de trabajar porque necesitan el dinero. Su carácter se ha agriado considerablemente siendo un problema familiar.

El enfermo es siete años menor que su hermano. Siempre ha estado muy mimado.

El test de Terman-Merrill da un C.I. = 100. El nivel de conceptuación y comprensión es bueno. Los fallos se presentan en memorización y expresión verbal.

Es un niño muy inmaduro, introvertido y triste. Vive absolutamente dependiente de su madre. No va al colegio apenas debido a su enfermedad. Observamos que ante cualquier esfuerzo o problema se refugia en sus crisis. Desearía ser pequeño.

Creemos que la vivencia de la situación de stress en que vive su hermano, en un momento en que comienzan a él a exigirle en el colegio, puede ser desencadenante de sus crisis.

Comenzamos las sesiones de sofronización y desde el primer momento se observa una disminución de las crisis y normalización del carácter. Actualmente lleva dos meses de tratamiento y hace un mes que no tiene ninguna crisis. En todo el tiempo que había sido tratado exclusivamente con fármacos jamás estuvo semejante período de tiempo sin abdominalgias ni convulsiones. Se ha reincorporado al colegio sin ninguna dificultad. Los maestros han sido orientados sobre cómo deben tratarlo.

Santiago C. V. Edad 10 años. Varón. HISTORIA CLÍNICA n.º P-I, 228.

Viene a la consulta por sufrir crisis de abdominalgias paroxísticas de 10' - 15' de duración desde hace 4-5 años. Durante este tiempo ha sido sometido a diversos tratamientos con resultado negativo. En un centro hospitalario de esta ciudad le fueron practicadas una serie de exploraciones complementarias biológicas y radiológicas con resultados negativos. Dos meses antes de ser visto por nosotros, previa práctica de un E.E.G., fue diagnosticado de epilepsia abdominal y tratado con fármacos antiepilépticos. Durante estos dos meses las crisis de abdominalgias se acompañan de pérdida de consciencia y amnesia post-ictal.

Un nuevo E.E.G. revela un foco temporal profundo izquierdo, rino-

diencefálico de naturaleza comicial. Confirmamos el diagnóstico de Epilepsia abdominal, sometiéndolo a una exploración psicológica.

En la prueba de Raven alcanza un Perc = 50. El test de Rorschach nos indica ansiedad y agresividad. Sus dibujos humanos están muy alterados siendo indicadores de trastornos neuróticos. Los tests del dibujo de la familia, fábulas de Duss y el de las Edades de Oro revelan: Fuertes celos de su hermano pequeño de 5 años. Sentimiento de infelicidad profundo y de culpabilidad por su manera de comportarse.

Constantemente molesta a su hermano, requiere la atención de los padres y tiene problemas escolares. Por todo esto se siente no querido y su comportamiento se agrava. Sus padres no saben ya cómo han de tratarlo, estando totalmente desorientados.

Ante esta situación decidimos hacer un tratamiento con sofronización y psicoterapia de apoyo igualmente encaminada a los padres. Ya desde la primera sesión su comportamiento mejora. Hacia la tercera desaparecen las abdominalgias y puede asistir regularmente al colegio. Se le hicieron unas diez sesiones. Mientras tanto se le aconsejó un cambio de colegio para romper totalmente con los prejuicios que le tenían en el colegio en que estaba.

Actualmente, asiste, en su nuevo colegio, a una clase inferior a la que le corresponde por su edad cronológica, se siente a gusto y está adaptado a su familia. No le han repetido las crisis.

SRA. ARACELI GILA DE TERUEL, Psicólogo Clínico. Jefe del Departamento de Psicología de la Cátedra de Pediatría. Facultad de Medicina de Barcelona.
DR. GINÉS TERUEL, Médico Pediatra. Psicosomatólogo de la Cátedra de Pediatría, Facultad de Medicina de Barcelona.

BIBLIOGRAFIA

APLEY, J. — *El niño con dolor abdominal recurrente*. "Clin Ped. Nort. Amer." Febrero 1967, pág. 63.

BEKEI, M. — *Medicina Psicosomática en Pediatría*. "Editorial Médica Panamericana." Buenos Aires (Argentina) 1965.

BORGNO, M. y CAL. — *Sulla Terapia dell'enuresi*. "Minerva Médica", 57, 2433, 1966.

CAMBELL, E. W.; YOUNG, J. D. — *Enuresis and its relations hip to electroencephalographic disturbances*. J. Urol., 96, 947, 1966.

CAYCEDO, A. — *Considerations sur la Sophrologie, ses fondements et ses structures*. "Conference prononcée en qualité de Président d'Honeur du II Congrès Français de Sophrologie." Versailles (France), 1968.

COTERÓN DE LA FUENTE, J. M. — *Técnicas Sofrónicas*. "V.G.S.L." Barcelona (España), 1968.

FRAZIER S. H. — *Tratamiento psicoterapéutico de los pacientes con cefaleas. Tratamientos Modernos.* "Edit. Científico-Médica" Barcelona, (España), 1967.

GRANONE, F. — *L'ipnotismo nella cura delle psiconevrosi.* "Minerva Médica", 57, 3623 1966.

HUBI CAMPOS, M. — *Peligrosidad de la hipnosis.* "Gaceta Médica Española", 36, 225, 1962.

JORES, A. STOKVIS, B. — *Progresos en Medicina Psicosomática.* "Edit. Toray." Barcelona (España), 1966.

POUSSAINT, A. F.; GREENFIELD, R. — *Epilepsy and Enuresis.* "Amer. J. Psychiat." 122, 1426, 1966.

STOKVIS, B; MONTSERRAT-ESTEVE, S. — *Tratado de Hipnosis. Introducción a la Sofrología.* "Edit. Scientia." Barcelona, (España), 1967.

TERUEL, G; GILA DE TERUEL, A. — *Síndromes ictafines. Comunicación al XII Congreso Nacional de Pediatría.* Torremolinos (España), 1968.

Consideraciones acerca de la Sofrología en Medicina Interna

J. DURÁN

Vamos a empezar este trabajo dedicando el recuerdo de una cita a Don SANTIAGO RAMÓN y CAJAL, pues la primera referata que conocemos en España del uso de la hipnosis es debida a él, dice así:

"Y llevando la sugestión al terreno terapéutico, conseguí realizar prodigios que envidiaría el más sabio de los taumaturgos. Mencionaré la transformación radical del estado emocional de los enfermos (paso casi instantáneo de la tristeza a la alegría), la restauración del apetito en histero-epilépticas, inapetentes y emaciadísimas, la curación por simple mandato, de diversas especies de parálisis crónicas de naturaleza histérica; la cesación brusca de ataques de histerismo con pérdida de conocimiento; el olvido radical de acontecimientos dolorosos y atormentadores; la abolición completa de dolores en el parto de mujeres; en fin, la anestesia quirúrgica, y etcétera (1)".

Esto escribe RAMÓN y CAJAL de la época, en que siendo Catedrático de Anatomía en Valencia, año 1886, y llevado de sus inquietudes científicas se dedicó a la experimentación con los estados hipnóticos.

Vemos por tanto, que las más altas Autoridades Médicas han sentido siempre una curiosidad por estos fenómenos, que hoy en día vamos conociendo mejor, debido a su más riguroso y científico estudio.

Tratar de este tema que me ha sido encomendado, en toda su amplitud,

(1) R. y Cajal. *Recuerdos de mi vida.* tomo II, pág. 85, Ed. Nicolás Moya. Madrid 1917.

nos llevaría a recorrer toda la Patología médica, para lo cual necesitaríamos un espacio muy superior al que disponemos. Vamos a tratar por tanto de dar unas ideas generales, de lo que es mi concepto de la aplicación del estado sofrónico en terapéutica, y posteriormente expondré algunos casos de mi experiencia que estimo pueden ser interesantes.

Antes de seguir adelante, queremos hacer constar que no somos partidarios de la sofroterapia sintomática, y que ésta sólo la aplicamos en casos muy limitados. PIERRE JANET hace una estadística sobre la aplicación de hipnosis sintomática en 3.500 casos, y encuentra que sólo en un 7% de éstos son perdurables los resultados al cabo del año. Creemos que ésta aplicación sintomática de la hipnosis ha sido una de las principales causas de su descrédito. El resurgir actual de éstas técnicas, es debido a su aplicación con conocimientos de psicología profunda y al haberse perfeccionado las técnicas de inducción. También a su uso, con un criterio más racional y rigurosidad científica.

La permanencia de resultados positivos en hipnosis sintomática según WOLBERG, viene determinada por el significado psicodinámico del síntoma para el paciente, y la fuerza relativa de su motivación para aceptar las sugerencias del médico, frente a las ventajas que obtiene de su enfermedad.

Antes de hacer la inducción al Estado Sofrónico en algunos sujetos, es conveniente tener una amplia explicación de la naturaleza de este estado, pues pueden ofrecer "resistencias" conscientes o inconscientes por el temor, de ser *dominados*. Otras veces, no hablamos al sujeto para nada de técnicas sofrónicas y procedemos a hacer la inducción, diciéndole simplemente que vamos a enseñarle a relajarse.

Un sujeto ejecutará una sugestión sofrónica o postsofrónica, en la medida en que ésta encuadre con sus normas éticas arraigadas, no contradiga sus tendencias básicas y/o no ponga en juego su instinto de conservación.

La experiencia del estado sofrónico, por su carácter único y su profunda repercusión sobre los planos básicos de la personalidad, determina en ciertos casos una reorganifiación de ésta.

"El rol-hipnótico constituye un estado anabólico en el que se asegura el restablecimiento de las funciones normales de las células nerviosas." PLATONOV.

Este estado implica un predominio vagotónico y por tanto de carácter trofotrópico en las funciones corporales. HESS.

Se ha estimado por algunos colegas, indebidamente informados, que las técnicas-sofrónicas establecen una situación de dependencia del sujeto hacia el terapeuta, que esto no es así ha sido estudiado perfectamente por KRESTCHMER, el cual observó que la hipnosis resulta un poderoso instru-

mento de integración y fortalecimiento del YO y se consigue mediante ella una rápida maduración psíquica, para lo cual y basándose en estos principios utilizaba una técnica con ejercicios graduados de relajación, fundamentada en el entrenamiento autógeno de SCHULTZ, llamada Hipnosis Fraccionada. Queremos destacar la diferencia que puede existir entre dependencia y gratitud, la cual es normal que pueda producirse por parte del paciente hacia el terapeuta en todo acto médico. Que esta gratitud es sana y no tiene componentes neuróticos nos lo demuestra ANGEL GARMA cuando dice:

"Durante el tratamiento psicoanalítico la gratitud de un individuo es buscada por el psicoanalista, justamente en su afán de procurarle bienestar. Lo mismo deben hacer con un grupo cualquiera, sus iniciadores y dirigentes. Sin gratitud en el psicoanalizado y en una asociación psicoanalítica se crea envidia, que se afana en apoderarse de lo ajeno, no para gozarlo, sino para destruirlo y así mantener rebajados el bienestar y el nivel científico propios y ajenos. La gratitud y la capacidad para darla, recibirla y pedirla no es dependencia infantil, ni es una actitud de superioridad, sino una reacción adulta. No lleva a ensalzar, ni a levantar monumentos conmemorativos, sino que expresa ante todo la capacidad positiva de uno mismo de sentir y de realizar una buena labor (2)".

La corteza cerebral y el diencéfalo pueden estimularse mutuamente. La corteza actúa sobre el diencéfalo poniendo a estos centros en "estado de alerta" ante la inminencia de un peligro. El diencéfalo influye sobre la corteza suscitando la puesta en marcha de mecanismos razonables de defensa. El estímulo de la corteza por el diencéfalo podría ser excesivo y contraproducente, si no actuase el poderoso control inhibidor de la primera. Los efectos del estado sofrónico se explicarían porque éste frena la actividad diencefálica.

MEARES piensa que la reducción o desaparición de la ansiedad, que se produce en la experiencia hipnótica clínica, se debería a la regresión atávica (según su teoría del estado hipnótico), ya que la ansiedad sería también para él una adquisión filogenéticamente reciente.

En cualquier enfermedad, sea la que sea, se podrá hacer una aplicación sofrónica, desde la más funcional a la más orgánica. Pero en todas ellas, tendremos que tener en cuenta, que unas veces este tratamiento podrá ser etiológico (sofro-análisis) y en otras deberá ser sintomático. De todas formas, siempre, aunque sólo sea como coadyuvante, el estado sofrónico nos servirá como arma terapéutica.

Sabemos que la sofrología no es la panacea universal y conociendo sus límites y posibilidades tratamos de usarla cuando está indicada. Es una téc-

(2) A Garma. *Sadismo y Masoquismo,* pág. 235, Ed. Nova Terra. Buenos Aires.

nica terapéutica más, la cual por desgracia no está prestigiada en todo su valor, por el mal uso y abuso que se ha hecho de ella indiscriminadamente.

ADOLFO MEYER dice: "todo médico en su actuación terapéutica, debe tener un criterio ecléctico y utilizar aquel sistema de curación que según sus conocimientos deba ser empleado; éste puede ser: medicamentoso, quirúrgico, fisioterápico, psicoterápico, etc. etc."

Queremos significar con ello, una vez más, que los que practicamos estas técnicas no somos sofrólogos, pues parafraseando a LETAMENDI, diríamos que "El Médico que fuera solo sofrólogo, no sería nada" somos médicos en todo momento, y utilizamos aquellas técnicas que deben ser empleadas según nuestro conocimiento en cada caso.

Es evidente que para tener una buena actuación sofrónica es necesaria una formación clínica, de no ser así, estaremos manejando una serie de recursos terapéuticos "a ciegas", sin poder comprender verdaderamente los resultados que se están produciendo; estimamos necesario antes del uso de la sofroterapia el proceder a un cuidadoso estudio semiológico del paciente.

Entendemos con W. KRETSCHMER que la actividad médica, propiamente dicha comienza sólo cuando el médico pregunta.

¿Qué combinación de medios promete la mejor y más rápida ayuda, precisamente en esta persona, de ésta índole, y teniendo en cuenta mis propias aptitudes?

Para poder formular esta pregunta, se requiere un instrumental lo más vasto posible, tanto teórico (plenitud de puntos de vista) como práctico (plenitud de técnicas), hay una diferencia según se "aspire" a poseer este instrumental y su aplicación, o que uno se resigne a un sistema limitado (3).

Los médicos aspiramos a ampliar nuestro arsenal terapéutico en la medida de nuestras posibilidades, y nosotros pensamos que es nuestra obligación el dar a conocer las técnicas sofrónicas para una mejora y perfeccionamiento en nuestro ejercicio.

La sofroterapia no excluye ningún otro tipo de terapéutica, antes bien la completa, le abre posibilidades, la hace realmente útil.

"Las técnicas psicoterápicas no constituyen ningún saber esotérico y su conocimiento y uso nos hacen cada vez más médicos". OLIVERA (4). La sofroterapia como una técnica psicoterápica más, nos irá descubriendo nuevas posibilidades y abriendo caminos a medida que vayamos insistiendo en su estudio.

Queremos destacar que a nuestro juicio la inducción del estado sofrónico no se basa en la *sugestibilidad aumentada* del sujeto, sino en la

(3) Erich Stern y Colaboradores. *Psicoterapia actual.* Ed. Eudeba.
(4) Gregorio Bermann. *La psicoterapia y el psicoterapeuta.* Ed. Paidos.

interrelación emocional humana, consciente e inconsciente que se establece entre el paciente y el terapeuta, que van a llevar al éxito o al fracaso en la producción de este estado, poniendo en juego una serie de imponderables individuales, que no pueden preverse ni definirse metódicamente con anterioridad.

La actitud del médico ante el enfermo, debe siempre programarse sobre la base de una amplia comprensión biográfica y especialmente mediante una adecuada valoración de la posible psicodinamia que puede esconderse tras la dolencia que presenta el paciente. De esa manera se podrá orientar la terapia, no hacia la solución de la aparente enfermedad que nos trae el paciente, sino hacia la solución verdadera de las causas, profundas e inconscientes, ocultas detrás de los síntomas superficiales y que es la necesidad de estar enfermo en aquella circunstancia, "el aquí y el ahora".

Todo sofroterapeuta debe conocer la existencia de síntomas de valor defensivo neurótico, que contraindican la aplicación directa de la sofroterapia sintomática. Tales síntomas, que responden a una necesidad inconsciente, desempeñan algunas veces importante papel en el equilibrio mental del paciente. La supresión brusca de tales defensas puede desencadenar un cuadro psicótico (estados de confusión, crisis de angustia con repercusión somática, etc.) Al sospechar la etiología neurótica de los síntomas, el paciente debe ser orientado a una psicoterapia profunda.

Cuando el médico, posee conocimiento y experiencia en el terreno psicosomático, conviene permitir que el paciente en estado sofrónico verbalice sus problemas, muchas veces los datos así obtenidos nos dan o aclaran la psicodinamia de la enfermedad.

El sofroterapeuta deberá poseer un conocimiento básico de los grandes cuadros de la psicopatología, a fin de poder excluir aquellos pacientes cuya alteración psíquica contraindique la sofroterapia o reclamen la colaboración o intervención del psiaquiatra.

El único peligro que estimamos existe en el uso de la sofroterapia está en los riesgos de la transferencia y contratransferencial, pues dice JUNG: "nadie toca fuego o veneno sin que en ciertos puntos vulnerables no llegue a quemarse o intoxicarse, pues el verdadero médico nunca se encuentra "por fuera", sino que en todo momento está "dentro" del proceso psicológico" (5). Pero este riesgo es el común a toda psicoterapia e incluso nos permitiríamos decir que a toda actuación médica.

FREUD dice que toda idea busca una adecuada expresión corporal, pero es que según ha demostrado JACOBSON, en el Laboratorio de Fisiología aplicada de la Universidad de Chicago usando el electromiógrafo, el solo hecho

(5) Citado por Rof.-Carballo. *Patología Psicosomática.* pág. 163, Ed. Paz Montalvo.

de pensar o fantasear producía un aumento en la tensión muscular, por eso podemos decir que no es que la idea busque una expresión corporal, sino que es ya expresión corporal (6).

El estado neurótico constituye una tensión psicosomática. Lo que en el plano psíquico se vive como angustia o ansiedad, tiene su componente orgánico en la tensión general y especialmente muscular. Cada conflicto es una contractura muscular específica. Según SCHULTZ muchos pacientes no llegan a una "abreacción" porque carecen de la posibilidad de relajarse, si nosotros mediante la inducción de un estado sofrónico llevamos a estos pacientes a un estado de relajación máxima, veremos que se producirán abreacciones espontáneas en algunos casos.

WOLVERG cita varios casos en los que el conflicto hipnótico determinó síntomas psicosomáticos, los cuales desaparecieron cuando se procedió a la eliminación de los conflictos, este autor sugiere que los síntomas psicosomáticos eran manifestaciones neuróticas de la tensión y de la ansiedad.

Es evidente que el estado sofrónico sería un enfoque provechoso para la investigación experimental de los desórdenes psicosomáticos. En otras palabras, permitiría determinar si éstos son resultados del sistema general de tensión propio de la neurosis, o fruto de lo que podría denominarse "foco orgánico", es decir, de la transformación del órgano particular en representación simbólica del problema. Dado que el tratamiento de los desórdenes psicosomáticos depende de la respuesta a este interrogante, la investigación de este aspecto de la cuestión reviste considerable significado. Quizás el enfoque sofrónico podría ser el medio de resolver el antiguo problema de los desórdenes psicosomáticos, debido a la íntima relación de la emoción con el sistema nervioso autónomo.

WINN ha elebadora tres preguntas que debe responder el clínico y que son un método práctico para medir el grado de la neurosis (de una forma relativa), su influencia en la enfermedad y la posible necesidad de enviar al paciente al psiquiatra o de indicarle una psicoterapia profunda. Estas preguntas, que se deberá responder el terapeuta que va a utilizar una técnica sofrónica son:

1.º ¿Qué significa la enfermedad para el paciente?

Todos los pacientes tienen cierta ansiedad respecto a sus molestias. El clínico debe determinar si la ansiedad está normalmente relacionada con el síntoma o si es desproporcionada respecto al mismo. Las fantasías del paciente sobre el significado de su síntoma están determinadas habitualmente por su personalidad y experiencia.

2.º ¿Cómo utiliza el paciente sus síntomas, incluso una afección orgánica específica en favor de su neurosis?

(6) A. Tallaferro. *Curso básico de Psicoanálisis*. Ed. Paidos. Buenos Aires.

En un individuo emocionalmente sano, la enfermedad no cambia apreciablemente su estilo de vida y pensamiento.

En un neurótico cuyos síntomas están al servicio de su defensa neurótica, la remoción de los síntomas aumentará la ansiedad o desencadenará otros síntomas para reemplazar a los que se han perdido. Durante el estado sofrónico el terapeuta podrá hacer alguna investigación, hablando al paciente, para determinar el valor del síntoma para él.

3.º ¿Cómo responde el paciente a la situación del tratamiento?

¿Establece una buena comunicación con el médico?

¿Es capaz de escucharle?

¿Coopera con él.

Si cualquiera de estas preguntas tuviera respuesta negativa, puede asegurarse que la enfermedad en cuestión tiene un alto contenido emocional y por tanto la sofrosis puede emplearse ventajosamente con fines diagnósticos y terapéuticos.

Este examen psicológico de WINN, permite determinar (hasta cierto punto) la importancia de los factores funcionales, en una enfermedad orgánica y orientarnos cuando debemos iniciar un análisis psíquico.

Cuando el paciente inicia una relación sofrónica con el médico, puede comenzar a modificar su conexión neurótica con la realidad.

Convenientemente dirigido por el sofroterapeuta, puede llegar a cambiar las actitudes neuróticas de las que surgen sus síntomas psicosomáticos.

El profesor SARRO, en la introducción que hace al libro de LERSCH, *La estructura de la personalidad* (7), dice: "En su inmensa mayoría, los trastornos psíquicos aparecen bajo un disfraz somático". "Todo médico, no nos cansaremos de repetirlo, debe hacerse cargo, con todas sus consecuencias, de la naturaleza psíquica de la enfermedad".

Este criterio que compartimos, es el que nos permite decir que las técnicas sofrónicas nos serán muy valiosas como un método de exploración y de investigación en los trastornos psicosomáticos. Recordamos a este respecto el caso de una paciente, que nos fue remitida por un compañero internista, pues desde hacia 3 años presentaba unos vómitos que a pesar de todos los tratamientos no habían conseguido controlar, había sido operada en una muy prestigiosa clínica de esta capital, de apendicitis hacía un año, pero el cuadro persistía; no encontrándole ninguna causa orgánica que justificara esta sintomatología. Después de una breve charla con la enferma durante 15 minutos, procedimos a sofronizarla, era una joven de 25 años, de un pueblo de Segovia, y digo su lugar de procedencia para tenerlo en cuenta al valorar su psicodinamia.

(7) Philipp Lersch. *La estructura de la personalidad.* págs. XXIX y XXXV. Ed. Scientia. Barcelona.

Después de la inducción del estado sofrónico, mantuvimos una conversación con ella, en la cual nos dijo que los vómitos le habían empezado al día siguiente de haber masturbado a su novio por primera vez. Le interpretamos "un embarazo fantasma", que nos lo confirmó, al decir que cuando iba a alguna boda se ponía peor.

Esta paciente, que había retrasado su boda por la enfermedad, lleva un año casada y los vómitos no han vuelto a presentarse.

Pensamos, que si la ventaja que supone la relación sofrónica, esto es, sin haberse producido un rapport sofrónico, esta paciente hubiera sido incapaz de manifestar esta situación, en su caso productora de enfermedad.

Creemos interesante resaltar, que en contra de la opinión generalizada (quizás por lo que se conoce de la actuación de CHARCOT), la aplicación de la sofroterapia sintomática, será tanto más eficaz, cuanto menor componente psicógeno, tenga la sintomatología correspondiente. De tal manera que ha sido propuesto por algún autor, el utilizar esta premisa como un método diagnóstico. Si la sofroterapia sintomática produce la desaparición instantánea de la sintomatología, debe considerarse orgánica la afección.

Nos parece esta seguridad de diagnóstico excesivamente sencilla, y creemos que únicamente debe considerarse como un dato más a valorar.

Hicimos un tratamiento sofrónico a un paciente de espondiloartritis anquilopoyética, tipo en flexión, un caso muy interesante, pues sobre ella se había sobreañadido un mal de Pott (circunstancia bastante rara) y sin embargo, logramos la remisión de los dolores en la 1.ª sofronización.

Los sujetos en los cuales nos fue más sencilla y cómoda, la inducción de un estado sofrónico ha sido en dos pacientes que tratamos:

Uno en la fase terminal de un cáncer de pulmón (murió a los 5 días) el cual, mediante una técnica de BRAID, en 5 minutos llegó a un estado hipersofrónico. Su disnea mejoró y aprendió a autosofronizarse. Durante el proceso autosofrónico imaginaba que estaba en la playa unas veces, y otras paseando por un bosque de pinos. Aunque no esperábamos grandes resultados del tratamiento sofrónico, nos sirvió para lo que deseábamos, que fue el conseguir que sus últimos días fueran para el paciente menos trágicos. Este caso presentó después de la sofronización dos hechos importantes: 1.º Que empezó a tomar alimentos sólidos después de ser sofronizado, llevaba dos meses ingiriendo solamente líquidos, haciendo su última ingesta 90 minutos antes del *exitus*. 2.º Que no habiendo hecho ninguna sugerencia en este sentido, pues estimamos en lo que vale la libertad del hombre, este paciente, que decía ser ateo y que no permitió la prsencia del sacerdote en la agonía de su padre, después del día 3.º de estar en tratamiento sofrónico requirió confesión y sacramentos de motu proprio, cosa que anteriormente había siempre rechazado, a pesar de las solicitudes familiares. Esto nos lleva

a considerar cuán interesante sería una investigación más a fondo de la fenomenología del estado sofrónico por parte de los médicos y los psicólogos.

El otro caso fue el de una señorita que presentaba un epitelioma de maxilar superior, a la cual también enseñamos técnicas autosofrónicas que ella manejó hasta su muerte sirviéndole para controlarse los dolores.

Hemos tratado varios casos de asma bronquial, uno de ellos llevaba 15 días en "status asmaticus", al regresarla de la primera sesión se pudo acostar sin ninguna almohada (anteriormente utilizaba 5) y suspendió ella misma la oxigenoterapia, por considerarla innecesaria. Le hicimos 5 sesiones y después de transcurridos 3 años, no ha vuelto a presentar crisis de asma.

Hemos observado en el asma que cuanto más somatizada está la enfermedad, más eficaz es el tratamiento sofrónico sintomático. Todos los casos que hemos tratado han controlado sus crisis mediante técnicas autosofrónicas.

Ultimamente tratamos a una paciente que nos envió su alergólogo, con el diagnóstico de asma neurógena, por no encontrarle nada orgánico en repetidas exploraciones. Esta enferma, nos manifestó en la primera entrevista, que ella empezaba con el asma y la tos cuando llegaba su marido a casa, pues no quería vivir con él, ya que tenía una amante desde hacía 10 años. Le hicimos 4 sesiones nada más, ella no era capaz de hacer un tratamiento analítico, debido a su primitivismo y las sesiones de sofroterapia sintomática la empeoraban siempre, por lo cual nos vimos obligados a suspenderlo.

Vértigo de Meniere. — Hemos tratado cinco casos de éstos, todos diagnosticados por los especialistas correspondientes, sin dudas de ninguna clase en cuanto al diagnóstico, por haber sido todos vistos por diferentes colegas, que coincidían en él. El informe psicológico de estos pacientes, realizado por la profesora ROMANO presenta como característica principal, la inseguridad que se observa en todos ellos y también la forma de reaccionar ante los tests, que desataca porque prácticamente puede superponerse el informe psicológico de todos los casos.

Debido a las condiciones de estos pacientes, en tres de ellos hemos hecho sofroterapia sintomática, consigiendo la curación clínica en dos casos y en otro la atenuación de los síntomas, no llegando este último a hacer más que 4 sesiones, porque la paciente renunció a ello, por estimar que no se "dormía", pues no había conseguido entender la especial naturaleza del estado sofrónico a pesar de las reiteradas explicaciones que se le dieron, y de ver los resultados que iba consiguiendo, que eran los de su mejoría. No pudimos hablar con la enferma, para descartar su huida, precisamente al ver que podría curarse con este método.

En los dos casos restantes hemos efectuado un tratamiento sofroanalí-

tico. Uno de los pacientes interrumpiolo en la octava sesión, que al coincidir con el veraneo aprovechó para no volver, sin dar ninguna explicación.

La otra paciente ha hecho un tratamiento de seis meses (dos sesiones semanales). Los vértigos desaparecieron a partir de la sesión once, empezando a presentársele en la misma fecha unas crisis de angustia que continuaron hasta la sesión 36. En la sesión 30 la enferma que presentaba unas crisis de asma bronquial desde los 5 años, que le hacían utilizar diariamente inhalaciones de isopropilamina, sobre todo al cocinar; además de sus períodos agudos, nota que todo esto desaparece, y en la actualidad se halla libre de síntomas después de un año que ha transcurrido desde que ha sido dada de alta.

En los casos de aplicación sintomática de la sofroterapia, nos hemos limitado a hacer sugerencias de relajación y serenidad, no hemos hablado para nada de la desaparición o no de sus vértigos. En todos ellos al regresarles, ya en la primera sesión, manifestaron que la sensación permanente de inestabilidad les había desaparecido, y es curioso que uno de estos pacientes (el más afectado) que llevaba cinco años con la sintomatología, al encontrarse en posesión normal de su equilibrio, nos relató en la entrevista siguiente, que tuvo unos deseos muy grandes de andar y se fue dando un paseo hasta su casa, distante 6 km de nuestra consulta, para poder disfrutar de su recuperación del equilibrio.

Hemos continuado posteriormente haciendo sesiones durante un año (dos por mes); el otro paciente no necesitó más que un total de ocho sesiones. En los dos años transcurridos desde que le dimos el alta, no ha vuelto a presentar síntomas.

Delirium tremens. — Hemos tenido ocasión de ver un paciente de esta clase, el cual presentaba un estado de excitación violento, con alucinaciones y temblores. Mientras esperamos para hacerle un tratamiento medicamentoso clásico con benzodiazepina, vitaminas del compejo B, etc. se nos ocurrió el tratar de hacerle una inducción al estado sofrónico, a pesar de conocer las dificultades de establecer un *rapport* con esta clase de enfermos, utilizamos la técnica nuestra, de acariciar suavemente la raíz de la nariz con el dedo medio o pulgar de la mano, mientras sugerimos al paciente sensaciones de relajación, y observamos que empezó a tranquilizarse y desaparecieron los temblores, siendo grande nuestra sorpresa cuando al regresarle, nos dijo que habían desaparecido todos los bichos que antes llenaban el dormitorio.

No conocíamos nada publicado sobre la aplicación de las técnicas sofrónicas en estos casos y nos causó sensación, que aquella aplicación que habíamos efectuado haciendo tiempo mientras nos traían la medicación y

por un afán de investigación, había obtenido unos resultados alentadores, pero que no esperábamos.

Eyaculación. — Fuimos consultados por un recién casado de 28 años, el cual no había tenido ningún coito extramarital. Después de 3 meses de matrimonio, decía que sentía como si tuviera orgasmo, pero el semen se le fuera por otra vía y no llegaba nunca a manifestarse. Por indicación nuestra, consultó con el profesor PARAMO (adjunto de Urología de la Facultad de Madrid) el cual descartó toda afección orgánica.

Pensando que podría tratarse de una falta de estímulo vaginal durante el coito (por tratarse de un antiguo masturbador), le hicimos sugerencias durante el estado sofrónico de un coito con la esposa, durante el cual el estímulo vaginal era mucho más potente que el antiguo manual, y sugiriéndole una eyaculación (circunstancia que en realidad no se produjo) pero que sirvió para que a partir de ese momento sus coitos fueran normales (con eyaculación) y en la actualidad es padre de una niña de ocho meses.

Onicofagia. — Fuimos los primeros en presentar en la Asociación de Sofrología Médica de Madrid, un caso de éstos, tratado con técnicas sofrónicas, en una señorita de 21 años, la cual hizo una catarsis en la primera sesión no volviendo a presentar este síntoma durante 10 meses. Transcurrido este tiempo vuelve a nuestra consulta, porque ha comenzado de nuevo con su síntoma. La sofronizamos de nuevo y al preguntarle lo que le ocurría nos manifiesta un nuevo conflicto que ha surgido, del cual tampoco tenía consciencia en vigilia, desapareciéndole de nuevo, no volviendo a presentarse.

Este caso nos sirve para ver cómo los tratamientos psicoterápicos deben tender a la maduración del Yo, y por tanto no deben de ser tan breves, pues lo que ocurre en muchos casos, es que se establece (como en éste) una respuesta estereotipada ante toda situación conflictual, a la manera de un reflejo condicionado, que produce la repetición del síntoma.

Los demás casos de onicofagia que hemos tratado, se han resuelto favorablemente, sin recidivas.

Enuresis nocturna. — Hemos tratado varios casos de éstos (siempre descartando causas somáticas de antemano) con buenos resultados.

Nuestra técnica es la siguiente: Llevamos al sujeto a un estado sofrónico lo más profundo posible, y en él le hacemos sugerencias de fuertes deseos de efectuar la micción, notando las mismas sensaciones que durante el día pero acentuadas, y que a pesar de su profundo sueño se ve obligado a levantarse, para lo cual le acompañamos al baño donde efectúa su micción, esto lo hacemos durante unas sesiones 5 a 6 y no se vuelve a presentar la enuresis.

Hace 6 meses tuvimos un paciente, al que únicamente pudimos hacerle 3 sesiones, pues por vivir en Barcelona, no podía hacer un tratamiento más largo. Sentimos mucho no saber el resultado, quedamos con él, que nos escribiría diciéndonos cómo se encontraba, pero no lo ha hecho. Este muchacho de 18 años, nos dijo en la segunda sesión, cuando se encontraba en estado sofrónico, que nunca tenía enuresis cuando dormía con alguien, esto lo aprovechamos para sugerirle que se autosofronizase todas las noches, haciéndose sugerencias de que dormía acompañado.

Tartamudez. — Hemos tratado 3 casos, uno con feliz resultado, el otro suspendió el tratamiento después de la 2.ª sesión y al tercero le hicimos varias sesiones durante 3 días (terapia intensiva), pues por no ser de Madrid no podía permanecer más tiempo. Este caso nos falló totalmente, aunque después creo que pudimos ver dónde había estado el error de nuestra técnica. Por tratarse de un niño de once años, hicimos todas las sesiones en presencia del padre, pues éste parecía muy angustiado, y creemos que sin darnos cuenta nos prestamos a su juego, de seguir reprimiendo a su hijo. Si sabemos que la tartamudez se presenta en individuos que no han superado su fase oral y que existe una conexión en su presentación, con ciertas situaciones de tensión psíquica neurótica, debimos hacer las sesiones a solas con el paciente, justamente para evitar los factores externos, que servirían como artefactos incontrolables y que nos impedirían la labor terapéutica.

Posteriormente hemos efectuado algunas anestesias sofrónicas en amigdalectomías y únicamente nos ha fallado una, la del hijo de un compañero, que se empeñó en permanecer en el quirófano. La anestesia fue buena y el niño no experimentó dolores, pero se regresó espontáneament y no colaboró nada en la intervención.

Aprovechamos esta experiencia para decir que nosotros actualmente hacemos siempre la inducción al estado sofrónico, a solas con el paciente.

Asistimos a una niña de varicela y le sugerimos sofronizarla para atenuar el prurito, nos quedamos a solas con la niña y entró en pocos minutos en estado mesosofrónico, que le liberó de su síntoma. Cuando después de esta sesión le dijimos que le íbamos a sofronizar en presencia de su madre, la niña se negó rotundamente (tenía 7 años) no quisimos hacer ninguna investigación a su negativa, por no considerarlo conveniente, pero nos afirmó en nuestra decisión de que siempre es conveniente trabajar sin testigos.

El Dr. SANTAMARÍ HERRERO tiene amplia experiencia en tratamiento de tartamudos, pues aunque él es tisiólogo, debido a haber tratado a uno

con éxito, ha sido requerido en varios casos para tratamiento, con brillantes resultados. Hace sofroterapia sintomática.

Hemos tratado dos casos de tics, los dos mediante un tratamiento analítico, se trataba en un caso de la expresión de una neurosis obsesiva, este caso evolucionó perfectamente y a partir de la 7.ª sesión los tics le desaparecieron a pesar (como siempre) de no hacer sugerencias en este sentido. Actualmente se encuentra en tratamiento después de 3 meses, pero los tics no han vuelto a presentarse.

El otro caso, que vimos después de haber sido tratado por varios compañeros con toda clase de psicofármacos, presentaba un tic de denegación. Había empezado a hacerlo justamente el día que se acordó la fecha de su boda. Debido a los resultados que se iban produciendo en el análisis, coitos en posición de súcubo preferentemente a solicitud suya, etc., creímos que se trataba de una fuerte homosexualidad latente, que le estaba diciendo *no* al matrimonio, pero no pudimos continuar el tratamiento, pues después de 3 meses, la familia que tenía un gran dominio sobre él, decidió que fuera visto por un neurocirujano. Este le hizo una destrucción del *globus pallidus,* pero el paciente continuó con el tic. Actualmente después de haber pasado 18 meses de su intervención, creo que está mejorando, pues dice se está curando con gimnasia.

Glaucoma. — Hemos tratado una enferma con el Dr. RIVERO, afecta de un proceso de esta índole, la cual era un problema desde el punto de vista de su tratamiento, ya que estaba embarazada de 6 meses y tenía una diabetes mellitus, esta enferma que no disminuía su tensión intraocular a pesar de los tratamientos, el 2.º día después de la sofronización, estas tensiones disminuyeron ostensiblemente, volviendo a aumentar cuando se dejó de sofronizarla.

Hemos colaborado con el oftalmólogo en la adaptación de unas lentes corneales, y se ha conseguido una más perfecta y rápida tolerancia.

Obesidad.— Igual que se hace en la terapia medicamentosa, en esta enfermedad hemos efectuado un tratamiento sintomático, hemos conseguido siguiendo la técnica de KROGER (8), que la enferma controlara su apetito y se mantenga dentro del peso conveniente.

Herpes Zoster.— A una enferma de este tipo y en vista de que los tratamientos clásicos no estaban produciendo resultados, ya que la enferma iba aumentando su sintomatología, a pesar de llevar 15 días de tratamiento, decidimos sofronizarla y suspender toda la medicación. Al regresarla del estado sofrónico, la primera vez y siguiendo nuestra técnica de no

(8) William Kroger. *Hipnosis clínica y experimental.* pág. 275. Ed. Glem. Buenos Aires.

hacer sugerencias directas, para no desprestigiarnos en caso de resistencias, el prurito le había desaparecido así como las algias. La evolución fue favorable y las vesículas se desecaron en 4 días; como ya hemos dicho, el resto de los síntomas no volvió a presentarse.

Hemos preferido hacer un pequeño comentario como les decíamos al principio, sobre algunos casos tratados, que dedicarnos a escribir sobre todas las indicaciones que puede tener la sofroterapia, pues además esto no nos hubiera sido posible en este espacio tan limitado. Pero quisiéramos despertar en ustedes la inquietud de la investigación en la sofroterapia, pues pensamos que es un terreno casi virgen, donde nos son desconocidas muchas cosas, que entre todos debemos ir descubriendo. Actualmente tengo en preparación un trabajo sobre "progresión de edad" en estado sofrónico, del cual ya les informaré.

Para terminar y como demostración del momento histórico que vivimos, que mi maestro el Prof. ROF CARBALLO ha llamado de crisis actual de la medicina, pero crisis de esclarecimiento o maduración hacia una situación de mayor plenitud, quiero hacer una cita de WATSON-JONES (9) que creo es muy demostrativa, de como la actitud antropológica en el médico incluso en las especialidades que pudieran parecer más alejadas de ella, por ser las más orgánicas, va imponiéndose como una necesidad de la realidad actual.

"El tratamiento se concentra no sólo en las fracturas, sino en la función de los miembros; no sólo en la terapéutica quirúrgica y en el tratamiento por maniobras manuales, sino en los ejercicios gimnásticos y de recreo; no sólo en el alivio de la incapacidad física, sino también en la *curación del desorden psicológico*. Por muy importantes que hayan sido los últimos avances de la ciencia, sigue siendo cierto que se curan muchos más enfermos por el arte de la medicina que por la ciencia."

DR. JESÚS DURÁN LÓPEZ, Médico Internista. Director de la Revista Española de Sofrología y Medicina Psicosomática. Madrid.

BIBLIOGRAFIA

ERNST KRETSCHMER. — *Psicología Médica*. Ed. Labor, 1957.
SERGE LEBOVICI. — *Tics nerviosos en el niño*. Ed. Paideia. Barcelona.
MARCELO LERNER. — *Hipnosis clínica, relajación e hipnoanálisis*. Ed. Panamericana. Buenos Aires.
AINSLIE MEARES. — *Hipnosis médica*. Ed. Interamericana. 1961.
WILHELM STEKEL. — *Actos impulsivos*. Ed. Imán. Buenos Aires.
A. M. WEITZENHOFFER. — *Técnicas generales de hipnotismo*. Ed. Paidos. Buenos Aires.
LEWIS R. WOLBERG. — *Hipnoanálisis*. Ed. Paidos. Buenos Aires.

(9) Watson-Jones. *Fracturas y traumatismos articulares*. pág. XII. Ed. Salvat.

V

RELACIÓN DE LA SOFROTERAPIA CON LA TERAPÉUTICA CONDUCTISTA Y CON EL ESTRUCTURALISMO

Behaviour Therapy (Terapéutica Conductista) y su relación con la Sofrología

J. MASANA

El término de "behaviour therapy" se refiere a una larga serie de nuevas técnicas, elaboradas en los últimos años, para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Naturalmente en el mismo se implica no sólo una metodología terapéutica sino también, y por supuesto, nuevos conceptos doctrinales.

Quisiéramos señalar en principio, que el término, por lo menos en sus posibles versiones castellanas, no es demasiado afortunado. En efecto, el concepto de terapéutica conductista no se ajusta a su significado original, y el de terapéutica de la conducta, adolece en nuestra lengua, de falta de especificidad. Por otra parte, su afinidad con el conductismo, es un obstáculo importante, ya que hoy día, no hay nadie que pueda llamarse con seriedad conductista. El conductismo, como reacción a las posturas especulativas ha dejado de existir, simplemente por ingenuidad y simplismo. Sus herederos *han sido* las modernas teorías del aprendizaje que han contribuido significativamente a la psicología científica.

Consideramos adecuado extendernos en esta introducción, porque al menos en nuestro país, el conductismo nunca ha sido conocido, y las teorías del aprendizaje están llegando ahora a nuestras librerías...

Haciendo un poco de historia, el término de "behaviour therapy" fue acuñado por EYSENCK sobre los años cincuenta. Este psicólogo alemán, prácticamente formado y radicado en Inglaterra, ha venido sosteniendo en los últimos años, una dura batalla para incorporar la metodología científica al campo de la psicología y de la psiquiatría. Así pues, sus trabajos tienen que ver con la psicofisiología, la bioquímica, el aprendizaje, la percepción, la psicometría, la sociometría, la genética, la estadística, etc., es decir, con todas

aquellas ramas de la psicología que pueden ser objeto de la metodología experimental y que por tanto, dejan reducido el campo de la especulación. No es necesario decir que sus resultados o sus hipótesis han despertado en el extranjero una extensa polémica ya que, como es sabido, tanto la psicología como la psiquiatría han estado y siguen estando dominadas por actitudes marcadamente literarias, filosóficas y especulativas.

Sobre 1960, EYSENCK realizó una revisión exhaustiva de las estadísticas psiquiátricas publicadas hasta entonces en el campo de la terapéutica. Incidentalmente, vale la pena señalar que este estudio demostró la ausencia casi completa de grupos de control en los trabajos revisados. Puede decirse que de todas las publicaciones aparecidas hasta la fecha en el campo de la psicoterapia solamente 4 (cuatro) (!) reunían las condiciones de grupo de control, y cuidado riguroso de las demás variables que permiten tomarse en serio un estudio investigacional. Puede asegurarse que no existe ninguna otra rama de la medicina y, por supuesto, de las otras ciencias naturales, en la que la supuesta investigación se realice con tanta alegría y falta de rigor. En estas condiciones la mayoría de los trabajos carecen en absoluto de valor. La situación queda ilustrada definitivamente si intentamos imaginar un estudio farmacológico sin grupo de control...

Pues bien, de la revisión de estas "estadísticas" psiquiátricas, EYSENCK llegó a las siguientes conclusiones, en relaciones con los enfermos neuróticos:

1.º La psicoterapia "ecléctica" (consejos y pastillas) consigue "curar" dos de cada tres enfermos.
2.º La psicoterapia de orientación analítica tiene resultados algo inferiores, pero en términos estadísticos puede aceptarse la proporción anterior de dos de cada tres.
3.º Los sedantes y el reposo (tratamiento en hospitales generales) consiguen también recuperar dos neuróticos de cada tres.
4.º Finalmente, lo que es más importante, parece ser que, de aquellos enfermos que no reciben tratamiento alguno, se curan también dos de cada tres...

Nadie debería deducir de los resultados anteriores que la psicoterapia no sirve para nada. Lo que ocurre es que, hasta la fecha, no ha demostrado ser mejor que cualquier otra cosa, incluido el mero paso del tiempo...

Sin embargo, no cabe duda que los resultados de la anterior investigación son sorprendentes y obligan a revisar muchas de las "creencias" mantenidas hasta ahora. De momento, sólo han provocado una larga polémica entre enemigos y defensores de la psicoterapia sin que los últimos se hayan decidido todavía a efectuar estudios experimentales capaces de invalidar o refutar los resultados citados. Por supuesto, que se pueden poner muchas objeciones al

trabajo de EYSENCK; por ejemplo, hay dudas sobre el valor de las estadísticas publicadas por los propios psiquiatras, debido precisamente a esta falta de rigor que venimos señalando. No obstante, no son las reacciones emocionales las que van a refutar los datos hallados, sino la investigación seria y meticulosa que algún día pueda aclarar los problemas actuales.

Tras la investigación efectuada puede plantearse el siguiente dilema: O todas las psicoterapias curan o ninguna lo hace. Esta situación ya podía plantearse aun antes de conocer estos resultados. En efecto, ¿cómo es posible que escuelas tan distintas, y a menudo tan opuestas, consigan todas "curar"? No es necesario insistir en que esta situación no se da tampoco en ninguna otra rama de la medicina, a excepción de aquellas en las que no se sabe nada.

Para salir de este impasse se impone una hipótesis nueva, más acorde con los conocimientos modernos y que permita el diseño de una larga serie de experiencias capaces, en su día, de aclarar la situación.

La nueva hipótesis se basa, esto es verdad, en conceptos viejos. Son los conceptos de herencia y ambiente. Lo que somos y el cómo estamos, en un momento determinado, es el resultado de la interacción entre herencia y ambiente. En efecto, en los límites de esta dicotomía puede encontrarse el mismo síndrome debido a causas distintas. Pongamos por ejemplo, un caso de angustia. En las situaciones límite, esta angustia puede deberse a un sistema nervioso genéticamente enfermo, o bien a un ambiente hostil y conflictivo que ha acabado con el equilibrio del paciente. Sin embargo, lo corriente es que la enfermedad se deba a la interacción entre ambos factores y que en la mayoría de los casos sea prácticamente imposible discernir qué es lo que corresponde a la herencia y qué es lo que corresponde al ambiente. El E.E.G. y, sobre todo, las modernas técnicas más o menos derivadas de él (potenciales evocados, implantación de electrodos) arrojarán sin duda, en el futuro, mayor luz sobre esta cuestión.

Ahora bien, lo que nos importa desde el punto de vista de la "behaviour therapy" es que la acción psicológica del ambiente sobre el individuo debe verificarse sobre todo gracias al aprendizaje. Es decir, las modificaciones que sufrimos, el moldeamiento de nuestra herencia por el medio ambiente, se debe al aprendizaje; gracias a él vamos aprendiendo, no sólo en el terreno intelectual, sino también en el terreno de los hábitos y de la conducta. A partir de aquí, la "behaviour therapy" postula que la mayoría de trastornos neuróticos suponen un disfuncionalismo del S.N.C., innato o adquirido, que cuando adopta formas concretas se debe a fenómenos de aprendizaje desadaptadores.

Quiere decirse que mientras el sujeto presenta un estado de angustia generalizado *(pervasive ansiety)* el tratamiento debe ir encaminado a restaurar el funcionalismo del S.N.C. y a eliminar los posibles estímulos externos que provocan este disfuncionalismo. Pero cuando esta angustia se ha concretado en objetos o instancias determinadas (fobias) entonces la restauración del equi-

librio nervioso no es suficiente para eliminar este síntoma. En otras palabras, el sujeto ha "aprendido" a sentir miedo ante un estímulo determinado y este aprendizaje no desaparecerá por mucho que lo tranquilicemos.

Ya en 1920, WATSON suministraba pruebas de este aserto. Su experiencia se hizo famosa en la literatura americana con el nombre del caso del "pequeño Albert". WATSON cogió a un niño sano de 11 meses al que, al parecer, le encantaba jugar con ratas blancas y no demostraba ningún miedo ante estos animales. Confirmados estos hechos empezó la experiencia: Cada vez que se entregaba la rata blanca al pequeño Albert, otro experimentador escondido producía un ruido intenso y doloroso, que provocaba llanto y reacción de miedo en el niño. Después de algunas de estas sesiones, bastaba la presencia de la rata blanca para que Albert rompiera a llorar y mostrara todos los signos de miedo y terror. Es decir, se había producido una fobia de forma experimental. Dejando aparte las cuestiones éticas que la experiencia pueda entrañar, lo cierto es que supone un paso considerable en nuestro conocimiento sobre la génesis de los síntomas psiquiátricos. Es curioso constatar que, siguiendo las leyes de generalización ya postuladas por PAVLOV, Albert extendió su fobia de la rata blanca a otros animales con pelo y a los objetos de lana y algodón.

Existen pocas dudas de que la experiencia realizada con Albert podría dar otros resultados en personas distintas. En primer lugar, los seres humanos se diferencian — entre otras muchas cosas — en la rapidez de condicionamiento o aprendizaje de respuestas nuevas. En segundo lugar, el estado del S.N.C. en el momento de la experiencia juega un importante papel. Puede predecirse que las personas angustiadas condicionarán rápidamente una respuesta emocional de este tipo, mientras que las equilibradas lo harán más lentamente. Este hecho puede observarse fácilmente en clínica. Los enfermos con un alto nivel de ansiedad suelen presentar un mayor número de fobias que aquellos pocos angustiados. De hecho, el enfermo monosintomático — una sola fobia — suele carecer de angustia en muchas ocasiones, a no ser que las características de la fobia en cuestión le incapaciten gravemente para su actividad normal.

Vemos, pues, cómo la actividad del S.N.C. debe tenerse muy en cuenta (hecho que no siempre recuerdan los *behaviour therapists* anglosajones) para actuar sobre él mismo en todos los casos, pero cómo también, el aprendizaje y el condicionamiento, juegan un importante papel, sobre todo, en las manifestaciones sintomáticas.

Otro tipo de síndromes aclaran mejor la situación. Por ejemplo, existen pocas dudas de que las "depresiones neuróticas" y sobre todo los síndromes obsesivo-compulsivos, responden a una lesión o mejor disfunción del S.N.C. Aquí sería ridículo no utilizar los adelantos que la psicofarmacología nos brinda. Pero, especialmente en las obsesiones, existen casos en que el ritual

o el síntoma, ha quedado "fijado" o aprendido y aun mejorando el funcionamiento del S.N.C. el paciente sigue presentando una conducta anormal. Entonces las sesiones de "behaviour therapy" están indicadas.

De la misma manera, existen cuadros totalmente opuestos a los anteriores. Nos referimos a las desviaciones sexuales, en las cuales no puede defenderse seriamente una participación patológica del S.N.C. En estos casos, la "etiología" debe buscarse a nivel de un aprendizaje erróneo que ha conducido al sujeto hasta su actual desviación. Por supuesto que lo anterior no descarta la posibilidad de que la índole de la desviación actúe desfavorablemente sobre el psiquismo del sujeto, llevándole eventualmente al borde del desequilibrio. Que esto es así, se demuestra por el hecho de que, una vez "curada" la desviación, el sujeto deja de experimentar angustia y mejora en todos los terrenos de su personalidad.

Ahora pues, estamos en condiciones de definir, siquiera sea por encima, lo que se entiende por "behaviour therapy".

La intención de EYSENCK al dar esta denominación era subrayar el interés del terapeuta en cambiar la *conducta* del individuo, en lugar de *hablar* y hacer referencia a su "dinamia" psíquica. En este sentido, la "behaviour therapy" afirma que debajo de los síntomas del enfermo no existe ninguna problemática inconsciente y que curado el síntoma, desaparece la enfermedad. Nosotros añadiríamos que esto es cierto si, al mismo tiempo, se corrigen las posibles alteraciones a nivel neurofisiológico.

La primera prueba en favor de la corrección de la hipótesis expuesta la tenemos en la cuestión de los síntomas substitutivos. En efecto, según el psicoanálisis y escuelas derivadas, la supresión del síntoma estaría contraindicada, pues siendo éste la manifestación de una conflictiva inconsciente, su eliminación daría lugar a la aparición de síntomas substitutivos o a un agravamiento de la enfermedad. Pues bien, aun reconociendo que la "behaviour therapy" es joven (diez años como máximo), no ha encontrado todavía ni un solo caso en el que, tras haber eliminado el síntoma, aparecieran otros substitutivos. Antes al contrario, desaparecida la causa de su asistencia médica, el enfermo ha mejorado su personalidad en todos los aspectos. Creemos sinceramente que los compañeros analistas no deberían sorprenderse de estos resultados, pues están de acuerdo con el más elemental sentido común. Cuando alguien queda libre de un problema que lo acosa, sea el temor a los espacios abiertos, o la atracción por el propio sexo, lo natural es que aumente la confianza en sí mismo, su equilibrio emocional y su interés por la vida.

En estas condiciones la "behaviour therapy" divide a los trastornos neuróticos en tres clases, según pertenezcan a alguna de las siguientes categorías:

a) *Trastornos de primer orden:* Se refieren a aquellos casos en que un estímulo neutro, se ha asociado a una respuesta de ansiedad, de tal

modo, que basta su presencia para que aparezca la respuesta. Dentro de esta categoría se incluyen, pues, todos aquellos cuadros en los cuales la ansiedad o el miedo son la causa principal de la "enfermedad". Así pues, hablaremos de fobias, algún tipo de obsesiones, impotencia, frigidez, trastornos del lenguaje, timidez, etc.

b) *Trastornos de segundo orden:* En estos casos el estímulo previamente neutro se ha asociado a una respuesta agradable. (Caso contrario al paradigma anterior.) Entre los mismos se incluyen todas las desviaciones sexuales, tics, toxicomanías, etc.

c) *Trastornos de tercer orden:* En esta categoría se incluyen todas las alteraciones debidas no a un aprendizaje erróneo, como en los casos anteriores, sino más bien originadas por una falta de aprendizaje o por un aprendizaje incompleto. Como ejemplos podríamos señalar la enuresis, encopresis, alteraciones de la conducta infantil y, posiblemente, algunos tipos de delincuencia e incluso de psicopatía.

Examinando esta clasificación, queda claro que el tratamiento ha de ser distinto e incluso opuesto según se trate de una alteración de primero, segundo o tercer orden. No es éste el lugar indicado para exponer la larga serie de técnicas que se han ideado para solucionar los problemas anteriores y que forman el amplio arsenal de que dispone la "behaviour therapy". En cambio, vamos a limitarnos a una técnica — de amplia utilización — que es la que puede guardar mayor relación con los métodos sofrónicos. Se trata de la llamada "desensibilización sistemática por inhibición recíproca o por extinción", ya que no está claro cuál de los dos últimos fenómenos es responsable del éxito terapéutico. Su campo de aplicación se halla en los trastornos de primer orden, ya que sus objetivos van encaminados a eliminar las respuestas de ansiedad.

Para comprender esta técnica, deberemos también hacer un poco de historia. En 1924, M. C. JONES expone los primeros resultados de la aplicación de las teorías del aprendizaje a la eliminación de fobias infantiles. Como ejemplo, citaremos el caso de Peter, un niño de dos años que presentaba una marcada fobia a los ratones. El tratamiento consistía en colocar a Peter frente a un plato de alimentos atractivos, después de haberle suprimido la "ración" anterior. Quiere decirse que Peter se hallaba hambriento y, además, la comida era su favorita. En estas condiciones, el experimentador introducía un conejo enjaulado y lo colocaba en el fondo de la habitación. Por un lado, el conejo estaba enjaulado y, además, se hallaba lejos; por otro, Peter tenía hambre, y la comida estaba cerca y era atractiva. Naturalmente, Peter se decidía por la comida, ya que la angustia producida por el conejo era mínima (lejanía y jaula). Al poco rato, la satisfacción producida por la comida hacía su aparición, y el muchacho se hallaba en el estado de euforia natural produ-

cido por la reducción de un drive primario. Esta sensación de bienestar inhibe la angustia provocada por el conejo, que a las pocas sesiones pierde sus propiedades fóbicas, por lo menos a la distancia inicial. Como ya puede deducirse, lenta pero progresivamente, el conejo fue colocado cada vez más cerca de la mesa de Peter, hasta que todas sus propiedades fóbicas desaparecieron.

Lamentablemente, los trabajos de M. C. JONES no llamaron la atención mundial y no fue hasta 1958 en que WOLPE demostró, experimentalmente, la corrección de la hipótesis anterior. Trabajando con gatos, WOLPE observó que las neurosis de ansiedad inducidas, desaparecían con rapidez si frente al estímulo "fóbico" se provocaba una respuesta incompatible con la angustia tal como la alimentación. WOLPE observó también que esto no ocurría si el animal era expuesto bruscamente ante la situación fóbica, y que para conseguir buenos efectos, era necesario hacer una graduación de estímulos (es decir, poner el conejo bien lejos) y eliminar la angustia progresivamente.

Naturalmente, WOLPE intentó aplicar sus hallazgos a la patología humana adulta y aquí empezaron las dificultades. En efecto, en los adultos no puede utilizarse la alimentación como respuesta inhibidora de la ansiedad, ya que a excepción de las circunstancias de hambre, la comida ha perdido su valor reductor de drive. En cambio, WOLPE recordó los trabajos de JACOBSON sobre los efectos de la relajación muscular y llegó a la conclusión de que ésta era incompatible con la angustia.

Así pues, en líneas generales, la técnica de la desensibilización sistemática es la siguiente:

1.º El enfermo aprende a relajarse, por lo común, según la técnica de Jacobson.

2.º Se discute con el enfermo el distinto valor de sus síntomas y se establece una jerarquía de estímulos, es decir, una escala ordenada de menos a más, en la cual el enfermo sitúa los estímulos, desde el menos angustiante al máximo. Veamos algunos ejemplos. Supongamos una fobia al avión. Pues bien, la escala va desde "encontrarse dentro del avión", como punto máximo de angustia, hasta una situación totalmente neutra, tal como leer noticias sobre un nuevo prototipo de aeronave. Entre ambos estímulos se hallan situaciones intermedias, tales como programar el viaje en avión, sacar el billete, llegar al aeropuerto, etc.

3.º Una vez el enfermo sabe relajarse y hemos construido la jerarquía de estímulos, el tratamiento puede comenzar. Para ello, el sujeto se relaja y, una vez conseguido un estado apropiado, nos hace una señal — con el índice, por ejemplo —. En estas circunstancias se le sugiere que imagine, lo más vivamente posible, el primer escalón de la jerarquía. Por lo común, si la jerarquía se ha construido adecuada-

mente, esta primera sugerencia no producirá ansiedad y el sujeto será capaz de vivirla con toda tranquilidad. Poco a poco vamos ascendiendo por la escala hasta llegar a un estímulo en el cual el sujeto levanta el dedo en seguida, en señal de angustia. Se le sugiere entonces que lo olvide y se le hacen indicaciones tranquilizadoras hasta obtener de nuevo un buen estado de relajación. La escena se repite cuantas veces sea necesaria, hasta conseguir que el enfermo sea capaz de imaginarla sin angustiarse. De esta manera, van "tratándose" todos los items de la jerarquía hasta concluirla. En estos momentos, el sujeto se halla curado de su fobia, impotencia, etc.

Los resultados obtenidos con esta técnica son realmente muy buenos, y desde hace mucho tiempo la consideramos de elección en todos los casos en que exista ansiedad condicionada a algún objeto o situación. Vale la pena insistir en que este concepto es mucho más amplio de lo que pueda parecer a simple vista. La ansiedad condicionada no debe concebirse solamente como las fobias clásicas (claustrofobia, serpientes, etc.), sino que el término se extiende por ejemplo a la impotencia y frigidez (los resultados en este campo son extraordinarios) a las que pueden considerarse como "fobias" al acto sexual, tartamudez, timidez, etc.

Es importante señalar que la desensibilización progresiva cuenta ya con una gran cantidad de pruebas experimentales. En efecto, se han realizado experiencias muy bien controladas, comparándolas con la psicoterapia corriente, con la psicofarmacoterapia de rutina, con la sugestión, etc. Los resultados han sido siempre favorables a esta técnica, que en estos momentos, a pesar de su juventud, quizá sea el tratamiento no farmacológico mejor estudiado, sobre todo desde el punto de vista experimental. Las investigaciones se han dirigido también a analizar el papel respectivo de la relajación, la visualización, etc. En todos los trabajos efectuados hasta la fecha ha quedado claro que los resultados terapéuticos sólo aparecen cuando se combina relajación + + visualización.

Nadie debe pensar que ignoramos los efectos beneficiosos de la relajación, sobre todo a nivel general; lo que decimos es que para la eliminación de esta clase de síntomas debe procurarse, además, una situación de aprendizaje. En este sentido, quizás valga la pena señalar una experiencia efectuada en un campo distinto del de la relajación, pero que es ilustrativa de lo que queremos decir. MILLER, MURPHY y MIRSKY realizaron una investigación sobre los efectos de la clorpromacina en animales. Resumiendo la experiencia puede decirse que, bajo los efectos de la droga, todos los animales mostraban un descenso de su ansiedad general frente a los estímulos que el experimentador había hecho aversivos. Sin embargo, una vez suprimida la administración del fármaco, sólo mostraban mejoría o curación aquellos animales que durante el

tratamiento farmacológico habían tenido ocasión de "desaprender" la respuesta emocional artificialmente adquirida. Es decir, incluso bajo el tratamiento farmacológico, la situación de aprendizaje es necesaria para eliminar los síntomas de ansiedad condicionada.

¿Cuáles pueden ser, pues, las relaciones de esta técnica con la sofrología? Indudablemente, creemos que la primera y la más fundamental es la de complementarse. Personalmente, hemos utilizado siempre la técnica de Jacobson para la relajación de nuestros pacientes, pero otros autores europeos que ya empiezan a emplear la "behaviour therapy" (Suecia, Bélgica, Italia), han utilizado la técnica de Schultz sin ningún problema.

En un principio, WOLPE relajaba a sus pacientes bajo hipnosis, pero posteriormente considera que no hace falta. Sin embargo, en el terreno de la casuística particular, existen muchos enfermos con dificultades para relajarse bajo las normas corrientes. En estos casos, la sofrología podría ser una ayuda de indudable valor.

Actualmente se están investigando los correlatos fisiológicos de los procesos de ansiedad específica (fobias) y de la desensibilización sistemática. Parece ser que en la agorafobia — la condición más resistente a esta técnica — el nivel de activación del S.N.C., el "arousal", es mucho más alto que en otros cuadros. Parece asimismo, que el nivel de arousal debe ser bajo, para que se produzca la desensibilización, o quizás habituación, hablando en términos neurofisiológicos. En estos casos, la relajación exclusivamente muscular y superficial de la técnica jacobsoniana podría ser aumentada y profundizada gracias a una inducción sofrónica. Está claro que una mayor profundización en las fases de relajación da lugar a una reducción en el nivel de arousal, permitiendo así la acción terapéutica de la desensibilización.

Las indicaciones de la desensibilización y por tanto de la relajación o, en su caso, de la sofrología, no quedan limitadas a los trastornos de primer orden. Recientemente las hemos aplicado también con éxito en los trastornos de segundo orden, concretamente en la homosexualidad y en el sadismo. Por supuesto, estos cuadros deben tratarse con terapéuticas aversivas, pero en muchos casos, aun conseguida la aversión al estímulo anormal — el propio sexo, por ejemplo — parece restar una situación de miedo o de falta de responsividad frente al estímulo sexual normal. En estos casos, una desensibilización encaminada a eliminar la ansiedad asociada con las relaciones sexuales normales parece completar satisfactoriamente el tratamiento.

En resumen, estamos convencidos de que al irse generalizando la práctica de estas técnicas, como ocurre en los demás países, cada día van a poder verse mejor las importantes relaciones, sobre todo de complementación, entre las mismas y los métodos sofrónicos.

DR. JUAN MASANA RONQUILLO, Médico Neuropsiquiatra. Profesor de la Escuela Profesional de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona.

BIBLIOGRAFÍA

EYSENCK, H. J. (ed. 1960): *Handbook of Abnormal Psychology*, Londres, Pitman.
EYSENCK, H. J. (ed. 1960): *Behaviour Therapy and the Neuroses*, Oxford, Pergamon.
EYSENCK, H. J., y RACHMAN, S. (1965): *The Causes and Cures of Neurosis*, Londres, Routledge y Kegan, Paul.
FRANKS, C. M. (1964): *Conditioning Techniques*, Nueva York, Springer.
FREUND, K. (1962): *Die Homosexualität beim Mann*, Leipzig, Hirzel, S.
LADER, M. H., y WING, L. (1966): *Physiological measures, sedative drugs, and morbide anxiety*, "Maudsley Monographs", núm. 14.
PAUL, G. (1966): *Insight versus Desensitization in Psychotherapy*, Stanford, Saunders.
PAVLOV, I. O. (1927): *Conditioned Reflexes*, Londres, Oxford U. P.
RACHMAN, S. (1965): *Studies in desensitization: I. The separate effects of relaxation and desensitization*, "Behav. Res. Ther.", 3:245.
RACHMAN, S. (1966): *Studies in desensitization: II. Flooding*, "Behav. Res. Ther.", 4:1.
RACHMAN, S. (1966): *Studies in desensitization: III. Speed of generalization*, "Behav. Res. Ther.", 4:7.
RACHMAN, S. (1968): *Phobias: Their Nature and Control*, Springfield, Thomas.
SALTER, A. (1950): *Conditioned Reflex Therapy*, Nueva York, Creative Age Press.
ULLMANN, L., y KRASNER, L. (1965): *Case Studies in Behaviour Modification*, Nueva York, Holt.
WOLPE, J. (1958): *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, Stanford, Stanford P.
WOLPE, J., y LAZARUS, A. (1966): *Behaviour Therapy Techniques*, Oxford, Pergamon.
WOLPE, J.; SALTER, A., y REYNA, J. (1964): *The Conditioning Therapies*, Nueva York, Holt.

Estructuralismo y Sofrología

F. CERVANTES

Esta breve descripción, necesariamente muy incompleta, de la teoría y el método estructuralista, no tiene otro objeto que sugerir la realización de trabajos interdisciplinares.

El intento de hallar unas posibles relaciones (como reza el título de la presente comunicación) entre el estructuralismo y la Sofrología puede parecer, tal vez, aventurado y prematuro. Ciertamente, no tiene precedentes, que nosotros sepamos.

No obstante, la posibilidad de realizar estudios de este tipo no puede descartarse, a nuestro modo de ver, si tenemos en cuenta los siguientes hechos:

1. La utilización que se hace del lenguaje en todo método Sofroterapéutico.
2. La función del lenguaje en la estructuración de la personalidad.
3. El papel del lenguaje en la dialéctica entre consciente e inconsciente.
4. Finalmente, las relaciones entre el psicoanálisis (una de cuyas ramas se denomina justificadamente estructuralista) y la hipnosis, que en forma de método catártico puede considerarse como la precursora de la teoría y técnica freudianas.

De un modo general, el estructuralismo podría definirse como una nueva forma de plantear y desarrollar los problemas dentro de las ciencias que tratan de los signos. Según LEVI-STRAUSS, es objeto de las ciencias estructurales todo aquello que ofrece un "carácter de sistema": es decir, todo conjunto en el cual no es posible modificar un elemento sin que ello implique una modificación de todos los demás; su instrumento es la construcción de

modelos, y su ley de inteligibilidad los grupos de transformaciones que rigen la equivalencia entre modelos y presiden las clasificaciones.

Según esta definición amplia, podría incluirse en el campo del estructuralismo todo aquello que guarda relación con la idea de estructura (una de las grandes "formas" de la razón): desde las matemáticas, hasta las ciencias del lenguaje, pasando por la física, la química, la biología, etc. Ahora bien, esta definición resulta demasiado extensa y no indica la especificidad de la "cortadura" epistemológica que ha tenido lugar durante las últimas décadas en el campo de los conocimientos humanos. Una definición más estricta incluirá ciertamente hechos antropológicos muy diversos, pero solamente en la medida en que pasan por el campo del lenguaje, que están incluidos en un sistema del tipo "Significante/significado" y reciben su estructura dentro de una red de comunicaciones. En otros términos, las estructuras de las que se ocupa el estructuralismo son aquellas que se prestan a un intercambio entre los hombres, en virtud de la significación que engendran por su articulación en por lo menos dos planos. En cambio, no se calificará de estructuralista una investigación que trate directamente del objeto, eludiendo la noción de representante de una significación.

Como método, el estructuralismo constituye un análisis y una síntesis, que tiene por objetivo aprehender la interdependencia e interacción de las partes o miembros dentro de una totalidad coherente y significativa. Más que los elementos que constituyen la estructura, le interesa el plan de relaciones entre dichos elementos.

Los orígenes del "movimiento" estructuralista los hallamos en la lingüística de COURTHENAY y de SAUSSURE, la matemática del grupo BOURBAKI, y la Historia de la Filosofía de GUÉROULT y de GOLDSCHMIDT.

La búsqueda de las estructuras lingüísticas es tan antigua como el estudio de las lenguas. Desde que los gramáticos emprendieron el estudio del "instrumento lingüístico, a fin de poder utilizarlo mejor, se hizo patente el hecho de que toda lengua posee una organización, que las diversas palabras podían clasificarse en nombres, advertivos, verbos, etc., y que en el discurso o texto las palabras no se encuentran simplemente yuxtapuestas, sino agrupadas en frases, y éstas en oraciones. La estructura lingüística es tan patente que se comprende la tendencia a convertirla en el prototipo de toda organización, y a proyectarla sobre el universo intelectual. Se ha llegado a decir que la lógica implícita en el lenguaje sería el factor esencial en el aprendizaje de la lógica por el individuo (sometido a las coacciones y restricciones que impone la lengua del grupo en que vive) e incluso de toda lógica en la Humanidad entera (cualidad "fundamentadora" de la palabra).

Dado que la novedad en la concepción actual del signo no es el significado (el sentido), sino su relación con el significante, podría decirse que es este

último el que caracteriza el estructuralismo. Se ha dicho que nuestro siglo ha "descubierto" el lenguaje como un espacio estructurado y descentrado, y lo ha estudiado con una intensidad únicamente comparable a la que pone la Humanidad en la exploración del espacio cósmico.

Esta referencia a la lingüística explica que la teoría estructuralista haya modificado el sentido clásico de la palabra estructura, que se refleja en las definiciones del diccionario: distribución y orden de las partes de un edificio; distribución y composición de las partes del cuerpo o de otra cosa; distribución y orden con que está compuesta una obra literaria. En esta concepción, la estructura, que tanto puede ser de una realidad discreta como de grandes conjuntos (sociales, culturales, lingüísticos) es, pues, lo que revela el análisis interno de una totalidad: los elementos o miembros, y el plan de relaciones entre ellos.

También se ha utilizado la palabra estructura en filosofía (especialmente por DILTHEY) y en psicología de la forma, designándose por estructura un conjunto indescomponible aprehendido por el individuo por lo que significa para él.

En cualquier campo a que se aplique, la estructura, en sentido clásico, se compone de miembros (no de partes) y constituye un todo, no una suma de elementos. Los miembros de la estructura se caracterizan por su interación, independencia y solidaridad.

Ahora bien, para el estructuralismo, la estructura en su acepción usual (de la que acabamos de hablar) sólo se vuelve inteligible, significativa, cuando es posible relacionarla con otras, considerar una determinada organización como un caso particular de un conjunto de ellas (algo parecido a lo que se efectúa en la clasificación periódica de los elementos, de MENDELEJEFF), lo cual equivale en cierto modo a ordenar o "declinar", como en una lengua, la diversidad de las organizaciones reales o posibles.

Donde mejor se aprecian los resultados del método estructuralista es sin duda en el campo de la etnología y la antropología, merced a los importantes trabajos de C. LEVI-STRAUSS. Pero, en principio también puede ser aplicado a otros muchos campos del saber, como la sociología, la economía, la literatura, la estética, el psicoanálisis y la psiquiatría. Ahora bien, la adaptación del modelo lingüístico a otras ramas del saber (a menudo vista con recelo por los lingüistas puros) plantea muy diversos problemas, lo que hace que cada ciencia intente dar al método estructuralista un sentido y alcance especiales.

Pero si el estructuralismo consistiera únicamente en descubrir estructuras, es decir, totalidades coherentes y significativas, y, una vez halladas, ponerlas en relación con otras estructuras, no aportaría originalidad alguna, puesto que esto siempre se ha venido haciendo en todas las ciencias, unido al

método comparativo, consistente en elaborar tipologías basadas en las semejanzas entre diversas estructuras. La novedad del estructuralismo estriba en que no se contenta con establecer tipos basados en las homologías de sus estructuras, sino que trata precisamente de confrontar conjuntos diferentes, atendiendo precisamente a sus diferencias, que no son pasadas por alto, no son "borradas" (como ocurre en las tipologías al uso), sino que son ordenadas, de forma que "los conjuntos considerados aparezcan como variantes entre sí, y en total de estos conjuntos como el resultado de una combinatoria" (POUILLON). Es, en el fondo, el mismo proceder que se emplea en Lingüística: el lingüista ordena oposiciones (rasgos distintivos de los sonidos), en vez de semejanzas. En forma análoga, el etnólogo estructuralista se interesa por las diferencias entre las sociedades y trata de explicarlas, de hacerlas inteligibles.

Ahora bien, el etnólogo tiene de común con el psiquiatra el hallarse ante un "ser-otro" (que para el etnólogo es el hombre de otras culturas, el primitivo, el salvaje; para el psiquiatra, este "ser-otro" es el enfermo psíquico). No por esto debe creerse, sin embargo, que sea posible asimilar los hombres primitivos a los enfermos mentales, en contra de la tesis que sostenía LEVY-BRUHL.

Así, pues, tanto el etnólogo como el psiquiatra se encuentran ante el problema de una "alteridad", de una distancia que hay que recorrer, de un lenguaje que hay que traducir para poder comprender la "otredad".

Pues bien, el estructuralismo es probablemente la respuesta más elaborada que se ha dado hasta ahora a este problema en etnología. Creemos que también en Psiquiatría este método puede rendir frutos positivos. En Francia ha adquirido cierto auge la escuela de psicoanálisis llamada estructuralista o freudiana, dirigida por JACQUES LACAN.

En el campo de las realidades sociales, la idea de un orden simbólico que estructura la realidad interhumana ha sido introducida por LEVI-STRAUSS: todos los sistemas culturales constituirían "lenguajes", y los fenómenos sociales se podrían reducir a hechos de comunicación, de intercambio. "Las reglas del matrimonio y los sistemas del parentesco deben considerarse como una especie de lenguaje, es decir, como un conjunto de operaciones destinadas a garantizar, entre los individuos y los grupos, cierto tipo de comunicaciones" (LEVI-STRAUSS).

Para LEVI-STRAUSS, la norma social universal que diferencia la cultura de la simple naturaleza es la de la prohibición del incesto. Los aspectos de esta prohibición no son meramente negativos, sino también positivos: así, prohibir la unión con las mujeres próximas equivale a hacer necesaria la unión con las mujeres más lejanas, y al mismo tiempo dejar a las primeras a disposición de hombres más alejados. Esto supone convertir la unión de los

sexos en una comunicación entre grupos, que actúa en forma regulada; las alianzas futuras dependen de las uniones pasadas. Se crean de este modo cadenas y ciclos de uniones. El estructuralismo afirma que en toda sociedad, incluso en aquellas en que el matrimonio parece depender sólo de la elección individual, basada en motivaciones afectivas o económicas, extrañas al parentesco, tienden a formarse ciertos tipos de estos ciclos, que en el fondo constituyen estructuras. El estructuralismo intenta hallar las reglas que rigen esta comunicación, este intercambio, y a continuación busca establecer la regla de estas reglas. Así, pues, la estructura de una sociedad sería, en el fondo, su "lengua" profunda (y al decir lengua ya se supone la posibilidad de traducción a otra lengua, a otra cultura).

Una de las consecuencias prácticas del estructuralismo aplicado a la etnología y a la antropología ha sido la superación del prejuicio o ilusión etnocentrista, que consiste en pensar que lo normal, lo natural y, por consiguiente, lo más válido, es la cultura y la sociedad de las que uno mismo procede, y que todas las demás son, por así decirlo, aberraciones de aquélla considerada como patrón. La superación de la ilusión etnocentrista conduce a evitar que se proyecten, sobre el grupo o sociedad que se va a estudiar, los valores, categorías y creencias que el etnólogo lleva consigo, procedentes de su propia cultura, y que le inducen a interpretar lo que ve en aquella sociedad primitiva a partir de su experiencia civilizada. Pero tampoco deben pasarse por alto las diferencias existentes y dedicarse a buscar lo que hay de común en las distintas sociedades, es decir, algo que pudiera representar la "naturaleza humana". Por el contrario, como ya hemos dicho, lo que interesa fundamentalmente al etnólogo estructuralista son precisamente las diferencias entre las sociedades, las cuales intenta ordenar, clasificar y explicar.

Como muy bien señala LEVI-STRAUSS, lo que ha ocurrido en el campo de la etnología por la influencia del estructuralismo muestra cierto paralelismo con lo sucedido en el campo de la psiquiatría con algunas enfermedades, como la gran histeria de los tiempos de CHARCOT: cuando los hombres de ciencia han empezado a dudar de la existencia de determinados fenómenos o grupos de fenómenos como entidad autónoma e independiente, tales fenómenos han desaparecido o se han mostrado rebeldes a una interpretación unificadora.

Parece como si los científicos tratasen inconscientemente de hacer que los hombres primitivos o los enfermos mentales fuesen más distintos a los normales de lo que en realidad son. En este sentido podríamos mencionar que, en primer lugar, FREUD convenció a la sociedad culta de su época de que la histeria no era una afección exclusiva del sexo femenino; en segundo lugar, aportó argumentos en favor de la tesis de que los mecanismos psico-

lógicos que actúan en los neuróticos no son cualitativamente diferentes de los del individuo normal (así lo pone de manifiesto, entre otras, en sus obras "La interpretación de los sueños" y "Psicopatología de la vida cotidiana").

Algo parecido ha sucedido también en el campo de la etnología; a título de ejemplo podríamos citar lo ocurrido con la noción de totemismo, término con el que clásicamente se designaba una forma de organización social y de práctica mágico-religiosa caracterizada por la división de una colectividad o tribu en varios grupos (clanes o linajes), cada uno de los cuales mantiene una relación con algún ser animado o inanimado (tótem), y por la creencia de que existe un parentesco entre el clan y su tótem, todo lo cual va acompañado de ciertas reglas de conducta, como el empleo de determinados adornos, la prohibición de comer la especie totémica, etc. El totemismo fue relacionado con la ignorancia del mecanismo de la procreación, con lo cual se aproximaba el salvaje al animal y se lo aislaba completamente del hombre civilizado.

Pero paulatinamente, a medida que se profundizó en los estudios etnológicos, la noción de totemismo fue sometida a críticas. Así, se vio que las formas de manifestarse el totemismo en las distintas partes del mundo son tan variadas que resulta imposible agrupar los fenómenos citados en una sola categoría, por cuanto sólo se observan asociados en una minoría de casos, mientras que cada uno de ellos puede encontrarse por separado, sin los demás. Por otra parte, se vio que también en los pueblos civilizados pueden observarse algunos de estos fenómenos, que en realidad no constituirían más que un caso particular dentro del marco general de las relaciones entre el hombre y su medio ambiente.

El salvaje no es, como suele imaginarse, un ser apenas salido de la animalidad, dominado por sus instintos y con una conciencia ahogada en la confusión y la participación. Las extensas y minuciosas clasificaciones totémicas demuestran que el salvaje ejercita una plena reflexión intelectual, comparable a la de los naturalistas. Ciertamente, la calidad y riqueza de esta reflexión varía según las culturas, pero incluso las menos dotadas operan con lógicas de varias dimensiones, estableciendo relaciones sensibles o inteligibles, sincrónicas o diacrónicas. En la base del pensamiento salvaje se encuentra la misma exigencia de orden que se observa en los científicos de nuestra cultura.

La diferencia fundamental entre el pensamiento mágico y el científico estribaría en que el primero postula un determinismo integral, mientras que la ciencia distingue niveles de realidad, algunos de los cuales admiten formas de determinismo que se consideran inaplicables a otros niveles.

Por otra parte, las prohibiciones totémicas no constituyen, según se ha visto, más que un caso particular del extenso campo de las prohibiciones ali-

menticias en general. Así, por ejemplo, existen tribus en las cuales un determinado animal, si bien no está prohibido en conjunto, debe ser repartido entre la tribu de acuerdo con ciertas normas: el hígado para los cazadores, la grasa para la mujer del cazador, los riñones para los adolescentes varones, etc. A este respecto, afirma LEVI-STRAUSS (y esto constituye un magnífico ejemplo de análisis estructuralista): "A primera vista, este sistema de prohibiciones está muy alejado de los sistemas totémicos" (prohibición de una especie entera), "y sin embargo una sencilla transformación permite pasar de uno al otro: basta substituir la zoología por la anatomía; dicho en otros términos, así como el totemismo establece relaciones (equivalencias lógicas) entre un conjunto de especies naturales y un conjunto de grupos sociales, los bosquimanos establecen la misma relación formal entre las partes constitutivas de un organismo animal y los grupos sociales. En ambos casos, la división natural y la división social son homólogas, y la división en un orden implica la adopción de la división correspondiente en el otro. Por otra parte, las sociedades llamadas totémicas practican también la división anatómica, pero la utilizan para realizar divisiones secundarias: de subgrupos en el seno de grupos, o de individuos en el seno de un grupo".

El problema consistente en saber por qué fenómenos que conciernen a los hombres manifiestan una predilección por los animales y otros seres de la naturaleza, se resuelve considerando que los fenómenos totémicos no descansan sobre la idea de una relación substancial entre los grupos sociales y los seres de la naturaleza, sino que lo importante es la existencia de una clasificación a un determinado nivel, que no hay motivo para considerar como más o menos válido que el que opera con la ayuda de categorías abstractas. La diversidad de las especies proporciona al hombre una imagen directa de la discontinuidad de lo real; es la expresión sensible de una codificación. También la Biología moderna, para explicar la diversidad de las especies vivientes (alrededor de dos millones) recurre a fórmulas cromosómicas, que en último término constituyen esquemas similares a los de la teoría de la información. Se trata, pues, de una combinatoria que se da objetivamente en la naturaleza y que la mente humana utiliza para describir nuevas clasificaciones.

* * *

Tras esta breve introducción al estructuralismo lingüístico, pasemos a considerar las existentes estrechas relaciones entre lenguaje y personalidad.

El lenguaje, modo propiamente humano de comunicación, refleja pautas de relación interpersonal y los mecanismos de defensa, que constituyen un aspecto fundamental de la estructura del carácter.

Dentro del progreso que para la evolución de la personalidad representa la función semiótica en conjunto (símbolos, juegos, imágenes, dibujo, imitación, etc.), corresponde al lenguaje un papel importantísimo, puesto que, a diferencia de otros instrumentos semióticos, que son construidos por el individuo a medida de sus necesidades, el lenguaje está ya completamente elaborado socialmente y contiene de antemano un conjunto de instrumentos cognoscitivos (relaciones, clasificaciones) al servicio del pensamiento. En efecto, merced al lenguaje, cada hombre puede asimilar los conocimientos existentes en un determinado momento de la Historia, evitando el que tenga que limitarse a su propia experiencia y repetir las exploraciones que para conocer y describir el mundo realizaron otros hombres antes que él. En la lengua se almacenan los conocimientos existentes en cada época; la aparición de nuevos conceptos y situaciones culturales obliga a crear nuevas palabras y a conferir un nuevo sentido a las ya existentes. Por ello, la lengua, además de ser un sistema de signos que los individuos utilizan para comunicarse, constituye un medio de ordenación de la realidad, que el individuo acepta tácitamente por el solo hecho de aprender la lengua de su grupo social. Así, en la parte sinóptica de cualquier diccionario ideolófiico, encontramos una clasificación del léxico que, de dictomía en dicotomía, establece una serie de clases en que se distribuye toda la realidad registrada en la lengua.

Sin la ayuda de la lengua, seríamos incapaces de distinguir dos ideas de una manera clara y constante. Mediante la lengua, sonido y pensamiento llegan a delimitaciones recíprocas de unidades (los "signos lingüísticos"). Para definir éstos hacen falta dos coordenadas estructurales: la de su componente sensible o significante (S) y la de su componente inteligible o significado (s). Esta noción fue introducida por FERDINAND DE SAUSSURE, y su importancia quizá no haya sido debidamente apreciada hasta hace muy poco tiempo. El signo se realiza, pues, conformando una forma de expresión con una forma de contenido. El lazo que une el significante con el significado es arbitrario, como puso de manifiesto, de forma elemental pero contundente, SAUSSURE, utilizando el ejemplo del significado "buey", que en Francia tiene por significado "boeuf" y en Alemania "ochs". Esto equivale a decir queel signo lingüístico es arbitrario, que el lazo que une el signo con el referente (lo real) es arbitrario; así lo prueba la existencia misma de lenguas diferentes.

Lo arbitrario del signo permite comprender por qué el hecho social es el único que puede crear un sistema lingüístico; es la colectividad la que establece valores, cuya única razón de ser está en el uso y consenso generales.

En la historia del humanismo occidental, desde la Antigüedad greco-

romana hasta nuestros días, ha existido subyacente la idea de que las palabras traducen las cosas, de que existe una especie de relación directa entre las palabras y las cosas. En esta concepción, el lenguaje era considerado como una especie de instrumento que el hombre utiliza para expresar una realidad situada aparte del lenguaje, anterior a éste. Una tal concepción implica que la relación entre el lenguaje y la realidad (evidentemente debe entenderse tanto la realidad externa como la interna o intrasubjetiva) queda reducida a dos términos. Queda suprimido el significado y, por consiguiente, el signo como tal. Por el contrario, la teoría actual del signo insiste en que no debe confundirse el referente (lo real) con el significado, el cual, a modo de "relé" intermediario, se interpone entre el significante y el referente. La importancia de este término intermedio queda bien patente por el hecho, que ya fue señalado por JAKOBSON, de que en todas las lenguas existen signos sin referente, sin correspondencia en lo real, como son los que designan seres imaginarios, que no pueden ser objeto de experiencia.

Del carácter simbólico del lenguaje y de la arbitrariedad de los signos lingüísticos se deduce claramente que el mensaje linguístico no posee en sí mismo un contenido dado; el contenido (significación) está únicamente en el emisor y en el receptor, no en la transmisión. Por lo tanto, el receptor tiene siempre que interpretarlo, descifrarlo, si bien esto normalmente se efectúa de un modo tan rápido y espontáneo que pasa inadvertido. El significante por sí solo (sin un sujeto que lo interprete) sólo puede remitir a otros significantes, en forma similar a lo que ocurre en el diccionario: cuando buscamos una palabra, el diccionario la define con otras palabras; pero si ignorásemos el significado de éstas, tendríamos también que buscarlas, y así sucesivamente. Por lo tanto, si sólo dispusiéramos del diccionario para conocer el sentido de las palabras, no lograríamos captar ningún significado, porque encontraríamos siempre solamente palabras, es decir, significantes. El conjunto terminaría cerrándose sobre la tautología. Es forzoso admitir que existe un "anclaje" de la cadena de significantes sobre la esfera de los significados, unos puntos de unión hipotéticos que impedirían el desplazamiento constante del sentido, lo que LACAN llama "deslizamiento perpetuo de la cadena significante sobre las olas del significado".

Así, pues, la Lingüística estructural ha subrayado la importancia del sonido marcado por la oposición y la diferencia. En efecto, para que un haz de rayos sonoros constituya un fonema, es decir, tenga valor lingüístico, es preciso que pueda diferenciarse de otro por determinados rasgos distintivos: el fonema no es el sonido que emitimos al hablar, sino que es lo puramente distintivo contenido en el sonido, lo que sirve para distinguir unos sonidos de otros, lo "funcional". La prueba de la conmutación (*casa*-caza) nos ilustra sobre si un determinado sonido constituye fonema; en caso afir-

mativo, cambia el significado de la palabra. En cambio, no son fonemas aquellos sonidos que no cambian el significado, como ocurre con las diferencias de acento.

Ahora bien, es evidente que no nos expresamos en fonemas, sino en entidades más complejas, que son las palabras; y, por otra parte, el enunciado de un pensamiento implica la mayoría de las veces más de una palabra, formando lo que llamamos un texto, dotado de una estructura en la que interviene lo que MARTINET denomina "doble articulación". Para comprender esto, veamos lo que sucede cuando conjugamos un verbo: am-ar, am-aba, am-aré, etc. Según vemos, en cada una de estas palabras hay dos partes: una (la primera articulación) es portadora del contenido semántico; la otra (segunda articulación) lleva el contenido morfológico, las relaciones de la palabra con las demás palabras de la oración, relaciones que están sometidas a una lógica (la sintaxis de cada lengua).

SAUSSURE se opuso al empleo de la expresión "símbolo lingüístico", ya que el símbolo no es completamente arbitrario, sino que existe un rudimento de vínculo natural entre el símbolo y su significado: por ejemplo, la balanza y no otro objeto es el símbolo de la justicia. Por el contrario, el signo lingüístico es por definición arbitrario (lo cual no quiere decir que un individuo pueda cambiar el signo una vez establecido por la colectividad, sino que es inmotivado, arbitrario en relación con el significado, con el cual no guarda ningún vínculo natural).

Los símbolos, en cambio, constituyen un vocabulario fijo y común a todos, como si, independientemente de la diversidad de culturas y de lenguas, existiera un "lenguaje fundamental", para explicar el cual JUNG emitió su teoría del inconsciente colectivo, y FREUD estableció la hipótesis de una herencia filogenética. Los símbolos son muy numerosos, pero el ámbito de lo simbolizado es muy limitado: los padres y consanguíneos, el nacimiento, la muerte, el cuerpo, la desnudez y, sobre todo, la sexualidad (órganos sexuales, acto sexual).

Para designar el conjunto de símbolos dotados de significación constante, que pueden encontrarse en las diversas producciones del inconsciente, FREUD utilizó el término "simbólica" (*die Symbolik*). En cambio, la palabra "simbólico", utilizada como substantivo, es un término introducido por J. LACAN para designar una estructura cuyos elementos funcionan como significantes, es decir, según el modelo lingüístico; y también para designar la Ley que fundamenta este orden; así, el término de "padre simbólico" o "Nombre-del-padre" designa una instancia que no es reductible a las contingencias del padre real o imaginario y que promulga la Ley. Por consiguiente, así como FREUD puso el acento en la relación que une el símbolo con lo que representa (analogía de tamaño, forma, función, etc.; alusión o

contraste), para LACAN lo primario es la estructura del sistema simbólico, mientras que el vínculo con lo simbolizado es secundario y está impregnado de la fantasía.

También LEVI-STRAUSS, según hemos visto más arriba, ha introducido la idea de un orden simbólico que regula las realidades sociales.

Una de las cualidades del modelo lingüístico aplicado a la psicología profunda estriba en que el inconsciente aparece, desde un principio, estructurado según el modelo conflictual que le proporcionará, *a posteriori,* el complejo de Edipo. En efecto, J LACAN, examinando las concepciones kleinianas, habla de "triángulo pre-edípico", para designar la relación madre-niño-falo, interviniendo este último término como objeto fantaseado del deseo de la madre. Se trataría de un "significante-clave" que tendría la propiedad de ordenar todo el sistema simbólico y, por consiguiente, todo el sistema del lenguaje humano.

Cabe suponer que los primeros signos vocales, por oposición, que se observan en el niño antes de un año de edad, es decir, antes de la aparición de las primeras palabras, se encuentran asociados en el inconsciente a la fantasía que éste produce. Estos complejos fonológicos que remiten a las fantasías inconscientes serían análogos a los mitemas, unidades mínimas constitutivas de los mitos, de los cuales dice LEVI-STRAUSS que se sitúan, no en el plano del vocabulario, de la narración mítica, sino de los "fonemas".

Tales fonemas resultan de un juego de oposiciones, tal como el que vendría representado por los signos "o"-"a" (*fort-da*) en el conocido ejemplo de FREUD, signos que representan respectivamente la negatividad y la positividad de la realización de la pulsión original en el movimiento de identificación con el deseo de la madre. Pero, en virtud de la ambivalencia del deseo de la madre (deseo del falo), esta relación binaria constituye una estructura que debe ser representada por cuatro signos, dos positivos y dos negativos. Pues bien, esta estructura es análoga a la estructura elemental del parentesco, según el esquema de LEVI-STRAUSS, en el cual las dos modalidades contrarias del deseo de la madre vienen representadas por la relación con su hermano (por una parte) y con su esposo (por otra), estructura que, según este autor, es precisamente la de la prohibición del incesto. Dice a este respecto LEVI-STRAUSS: "La posición ambigua de las mujeres en este sistema de comunicación entre los hombres que constituyen las reglas del matrimonio y el vocabulario del parentesco, ofrece una imagen burda, pero útil, del tipo de relaciones que los hombres pudieran mantener, hace muchísimo tiempo, con las palabras".

En conclusión, creemos que el método estructuralista, cuya descripción hemos esbozado someramente en los anteriores párrafos, y que se ha mostrado fecundo en etnología, antropología, sociología, crítica literaria, psi-

coanálisis, etc., puede ser aplicado también y rendir frutos positivos en la investigación fundamental de otros campos de las Ciencias del Hombre, en especial aquellos que, desde diversas perspectivas, como la Sofrología, se ocupan del existir humano normal y patológico.

DR. F. CERVANTES, Médico Neuropsiquiatra. Profesor de la Escuela Profesional de Psiquiatría. Facultad de Medicina de Barcelona.

BIBLIOGRAFIA

1. ALEXANDER, F. — *Psicoanálisis y psicoterapia.* Ed. Psique, Buenos Aires, 1960.
2. BARTHES, R. — *Elements de Semiologie.* En: "Communication, n.º 4". Ed. du Seuil, París, 1964.
3. CERVANTES, F. — *Estructuralismo y Psiquiatría.* "Doctor", mayo 1968, pág. 27.
4. DIATKINE, R. — *Troubles du langage.* En: "Encycl. Méd-Chirurg.", 1966, 37130-3-10.
5. DUCROT, O., T. TODOROV, D. SPERBER, M. SAFOUAN y F. WAHL. — *Qu'est-ce que le structuralisme?* Ed. du Seuil, París, 1968.
6. EY, H., A. GREEN, J. LAPLANCHE, S. LECLAIRE, C. STEIN y otros. — *L'nconscient* ("VI Colloque de Bonneval"). Ed. Desclée de Brouwer, París, 1966.
7. FREUD, S. — *Gesammelte Werke.* Imago, Londres, 1940-1952.
8. JAKOBSON, R. y M. HALLE. — *Fundamentos del lenguaje.* Ed. Ciencia Nueva, S.L., Madrid, 1967.
9. KLEIN, M., P. HEIMANN, R. E. MONEY-KYRLE y colaboradores. *Nuevas direcciones en psicoanálisis.* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1965.
10. LACAN, J. — *Ecrits.* Ed. du Seuil, París, 1966.
11. LEVI-STRAUSS, C. — *Anthropologie structurale.* Ed. Plon, París, 1958.
12. LEVI-STRAUSS, C. — *El pensamiento salvaje.* Ed. Fondo de Cultura Económica, México-Buenos Aires, 1964.
13. LEVI-STRAUSS, C. — *El totemismo en la actualidad.* Ed. Fondo de Cultura Económica, México-Buenos Aires, 1965.
14. MARTINET, A. y colaboradores. — *Le langage.* Ed. Gallimard, 1968.
15. POUILLON, J. y otros. — *Problemas del estructuralismo.* Ed. Siglo XXI, México, 1967.
16. SABOUREAUD, O., J. GAGNEPAIN y A. SABOREAUD. — *Aphasie et lingüistique.* "Revue du Pract.", 15:1335, 1965.
17. SAUSSURE, F. DE. — *Curso de Lingüística General.* Ed. Losada, S. A., Buenos Aires, 1967.

VI

LA SOFROLOGÍA Y SU APROXIMACIÓN AL PENSAMIENTO ORIENTAL

La Sofrología y la Psicología oriental

Breves consideraciones sobre la Conciencia en el Yoga hindú y el Zen japonés

A. CAYCEDO

La Sofrología se aproxima a la Psicología oriental, asumiendo una actitud neutra, libre de prejuicios y deformaciones conceptuales. Procuramos no mantener una posición negativa, como fue tradicional en determinados sectores del pensamiento occidental, pero tampoco optamos por la actitud contraria.

Todos los procedimientos psicofísicos de Oriente tienen su punto de partida en el pensamiento hindú que, remontándonos en la historia, puede ser considerado sin duda como uno de los primeros sistemas psicológicos de la humanidad.

Es a menudo sorprendente comprobar que muchas de las modernas concepciones occidentales, relacionadas con determinados aspectos psicológicos, han sido temas de estudio e investigación en la India varios siglos antes de Cristo.

Las observaciones psicológicas de los hindúes encierran extraordinario interés para la Escuela Sofrológica. Dentro de una tradición insobornable, sus métodos de investigación se han mantenido a través de los siglos, centrados en un objetivo fundamental: el estudio de la conciencia humana.

La razón de que este fenómeno tradicional se haya producido estriba en que la psicología hindú se halla en las bases mismas de su religión. La Psicología y la Religión se encuentran íntima e indisolublemente unidas en la India desde los albores mismos de su historia.

Occidente empieza a estudiar la conciencia, como tema psicológico, hace menos de un siglo. El punto de arranque de las investigaciones psicológicas occidentales, como se sabe, fueron los estados patológicos.

En Oriente, como hemos dicho, el estudio de los fenómenos psíquicos tie-

ne muchísimos siglos de evolución y su punto de partida han sido, tradicionalmente, las experiencias místicas.

En la base de las creencias hindúes está el principio de la evolución. El hombre representa el final de la cadena de perfeccionamientos de los seres hacia Dios. El hombre debe, entonces, prepararse para el encuentro supremo con el Creador. Si la perfección no es alcanzada, si no se adquiere las condiciones requeridas, debe renacer.

Esta creencia, profundamente arraigada, es vivida en toda su plenitud por los hindúes y constituye la columna vertebral de su historia.

La India ha vivido una situación de *compromiso existencial* que hizo de ella el país más religioso de la tierra. Este compromiso vital con la perfección, motivó que los hindúes se lanzaran a la búsqueda de métodos y sistemas que les sirviesen para la conquista de las condiciones, mentales y físicas, exigidas para la culminación de su existencia.

Una experiencia milenaria les llevó a elaborar procedimientos psicofísicos de perfeccionamiento, que constituyeron las piedras angulares en la construcción de sus doctrinas.

Durante la aproximación al estudio de las religiones orientales, que en su mayoría derivan del hinduismo, se tiene a menudo la impresión de encontrarse con verdaderos tratados de psicología, más que con sistemas teológicos en concordancia con las ideas que tenemos en Occidente acerca de la religión.

EL YOGA

Los procedimientos psicológicos y físicos de perfeccionamiento que venimos comentando, fueron integrados dentro del amplio concepto del Yoga.

Son cuatro las categorías de Yoga aceptadas clásicamente por los hindúes. Durante nuestra larga permanencia en la India intentamos aclarar este aspecto, pues son muchas las clasificaciones que los diferentes autores hacen acerca de los sistemas yóguicos. Los grandes Yoguis en la India de hoy, cuyas conversaciones publicamos en nuestro libro *La India de los Yoguis,* ratificaron invariablemente la clasificación básica del Yoga en cuatro categorías:

1.º El Raja Yoga, el Yoga psicofísico por excelencia.
2.º El Gnani Yoga, el Yoga del intelecto.
3.º El Bhakti-Yoga, el Yoga de la Afectividad.
4.º El Karma Yoga, el Yoga del Trabajo.

El Hatha Yoga, sistema exclusivamente físico, el más conocido en Occidente, no es incluido por los yoguis en la clasificación anterior. Sin embargo, le consideran como un Yoga auxiliar para las demás categorías.

Es lógico suponer que el Yoga no irrumpió en la historia de la India de forma estructurada, sino que fue la síntesis de una tradición más arcaica. Si tenemos en cuenta la tradición conservadora, tradicionalista, de los hindúes y de un simple análisis actual resalta el carácter ritual de sus costumbres, no parece equivocada la hipótesis de que el Yoga tuvo sus orígenes dentro de los ritos mágico-religiosos de los primeros pobladores del subcontinente indio.

El ritual, en este sentido, podría considerarse como una especie de claudicación de los planos conscientes que pone en marcha impulsos y actividades de complicada estructuración, en los que el hombre se refugia ante el abismo de lo desconocido.

El hombre hindú, aun ahora, desde su nacimiento hasta su muerte llena la existencia con millares de elementos de carácter ritual. Todo está delimitado, todo está previsto dentro de categorías y complicados estratos. La vida estará marcada por cuatro etapas; las estructuras sociales descansan tradicionalmente en cuatro castas; todos los objetos, actitudes, alimentos, etc., están comprendidos dentro de las tres categorías que constituyen la ley de las "GUNAS".

Esta condición ritual de los hindúes podría tener una explicación psicológica. Como se sabe, el hombre desarrolla frente a la angustia mecanismos de defensa, entre los que se encuentra el ritual. Posiblemente una de las modalidades más elementales, dentro de los mecanismos de defensa psicológica, sean los procesos rituales. Algunos cuadros psicopatológicos, como la neurosis obsesiva, se caracterizan por la aparición de componentes rituales que son interpretados ciertamente como mecanismos defensivos primarios, utilizados por el enfermo en el intento de liberarse de su angustia patológica.

Es muy posible que el Yoga tenga sus orígenes en los rituales primitivos de los hindúes. Representaría en tal caso un paso en el proceso de racionalización frente al ritual mismo.

Ello explicaría la extraordinaria cantidad de elementos rituales que aun hoy se encuentran dentro de los sistemas yóguicos.

Uno de los hechos más interesantes a tener en cuenta, dentro de este orden de ideas, es que indudablemente el Yoga se conserva hoy en la India con la misma pureza de sus primeras estructuras. Ello quiere decir que el paso de racionalización dado por los hindúes, en una época en que apenas existían las civilizaciones que dieron origen a nuestra cultura, fue realmente gigantesco. No olvidemos que el Yoga se encuentra ya descrito en los Vedas, considerados como unos de los libros más antiguos de la humanidad.

La clasificación del Yoga en las cuatro categorías antes mencionadas, tuvo su fundamento en principios psicológicos. CHIDANANDA reconocido hoy como el más destacado exponente del Raja-Yoga en los Himalayas indios, con quien mantuvimos una gran amistad, nos explicaba que los cuatro elementos de conciencia, tradicionalmente aceptados como fundamentales por

la psicología india son: 1.º La capacidad de pensamiento (sin conección directa con la emoción ni la razón). 2.º La capacidad de razonamiento. 3.º La capacidad sensacional, en el sentido de captar las sensaciones, y 4.º La capacidad para desarrollar el dinamismo físico.

Sobre esta base se constituyeron cuatro sistemas diferentes de Yoga, como procedimientos a utilizar por las personas, de acuerdo a sus características individuales.

Los psicólogos hindúes se cuidan de aclarar que no se trata de que dichas cualidades existan separadamente. En realidad son inseparables. Lo que sucede es que una de estas cualidades suele primar sobre las otras.

Así pues, el Raja-Yoga se indicará a las personas de gran capacidad de pensamiento y de análisis, lo cual les permite utilizar técnicas de autoanálisis y control psicofísico. Ésta es, posiblemente, la modalidad yóguica que encierra mayor interés para la Sofrología. Los yoguis desarrollan su entrenamiento (sádhana) a través del análisis de su propia conciencia y manejan técnicas de concentración y meditación de efecto psicológico extraordinario, combinándolas con ejercicios físicos de incuestionable valor. Suelen retirarse a los altos Himalayas donde, en la más absoluta soledad, durante años, soportan increíbles dificultades. En nuestros libros *La India de los Yoguis* y *El Secreto del Yoga* describimos algunas de sus prácticas y publicamos las observaciones hechas durante nuestra permanencia con ellos.

Las bases fundamentales del Raja-Yoga fueron descritas por PATANJALI en su libro *Los Yoga-Sutras.*

El Gnani-Yoga es indicado a las personas de gran capacidad de raciocinio. Se le considera como el Yoga de los intelectuales puros. Utiliza las fuerzas del discernimiento como técnica de acción directa sobre la conciencia. El poder de la razón despejaría las nubes que empañan la conciencia, permitiéndole proyectarse a niveles superiores; "única forma de contacto con el Ser Supremo".

Los principios fundamentales del Gnani Yoga se encuentran en LOS UPANISHADS.

El Bhakti-Yoga es el método aconsejado en la India a las personas con gran sensibilidad, quienes manifiestan marcado predominio de la capacidad afectiva y emocional. Este procedimiento utiliza técnicas de acción sobre la conciencia, basadas fundamentalmente en el desarrollo de la afectividad. La emotividad, desarrollada al máximo, es utilizada como repercusión sobre la conciencia. Esta actividad interna condicionaría el equilibrio afectivo necesario para la "ascensión" a planos conscientes superiores.

El Karma-Yoga es practicado por quienes tienen predominio del dinamismo y la actividad físicas. Utiliza la acción por sí misma como sistema para influir sobre la conciencia. Desarrolla métodos de trabajo, pero de un trabajo

donde no se busca otro beneficio que la influencia de la actividad sobre el psiquismo.

El libro fundamental de estas dos últimas categorías de Yoga, es el *Bhagavad Gita.*

Estas cuatro modalidades son consideradas por los yoguis como los *Yogas básicos.* Cada uno de ellos tiene múltiples divisiones, cuya enumeración alargaría extraordinariamente estos comentarios.

Son diferentes métodos con una misma finalidad: el logro de los estados superiores de la conciencia.

Como es natural, elementos mágico-rituales se mezclan generosamente a los procedimientos, lo cual se explica por las razones históricas antes comentadas. Los procedimientos conservan una tradición de muchos siglos y no podemos enjuiciarlos con el prisma de los conocimientos actuales.

No obstante, en el fondo de los sistemas subyacen principios psicológicos y físicos de valor incalculable.

La psicología hindú, desde muchos siglos antes de Cristo, mantiene postulados sorprendentes, que recientemente son ratificados en Occidente donde se les considera como hallazgos modernos. En los UPANISHADS, por ejemplo, se describen cuatro planos fundamentales de conciencia:

1.º El plano correspondiente al sueño natural, que recibe el nombre sánscrito de "Susupti".

2.º El plano de los ensueños, diferente al anterior, llamado "Swapna".

3.º El estado de vigilia ordinaria, conocido desde entonces con el nombre de "Jagrat".

4.º El plano superior de la conciencia, o "Turiya", término con el que se denominan los estados superiores.

Muy recientemente en Occidente se han descubierto, gracias a los modernos métodos de investigación, los distintos niveles o fases del sueño natural, dándose extraordinaria importancia a los mecanismos neurofisiológicos de los ensueños y a la fase paradójica. Véase, por ejemplo, los trabajos de BARRAQUER-BORDAS y PALLARDO presentados a este Symposium. "Electroencefalográficamente — dice BARRAQUER —, el ensueño se corresponde casi taxativamente con la fase llamada paradójica."

Uno de los principios clásicos de la psicología hindú es la existencia de planos supraconscientes, a los que se llega después del entrenamiento psicofísico.

Mientras los psicoanalistas occidentales iniciaron su investigación partiendo de estados patológicos de la conciencia, los psicólogos y místicos hindúes han venido estudiando la conciencia a través de los siglos, partiendo de los estados normales ordinarios, y estudiando estados diferentes a los patológicos y a los de la misma conciencia ordinaria. Son los que llamaron "Turiya", o estados supraconscientes.

Mientras en Occidente se ha investigado la mente en conflicto interno, la psicología hindú hace siglos que la estudia como integración, en niveles superiores.

No pensamos que sea lógica la suposición de que los orientales se han equivocado y que todo su trabajo, durante más de veinticinco siglos, es producto de *una fase narcisista* o de una *fijación de carácter sádico-masoquista,* para emplear la curiosa terminología de los psicoanalistas. Tampoco pensamos que la conciencia humana se limite a las barreras trazadas en los mapas de algunas escuelas occidentales.

Desde el comienzo del desarrollo de los planos supraconscientes, el ser humano, de acuerdo a la psicología hindú, pone en juego cualidades *intuitivas* que no son utilizables en planos inferiores. El principio de la *intuición* se encuentra en la base del conocimiento en la filosofía Yoga; proceso diferente a los métodos occidentales de carácter inductivo-deductivo.

La iluminación total de la conciencia, la conciencia absoluta, recibe el nombre de SAMADHI, y constituye el objetivo común de todos los métodos de Yoga.

EL ZEN

El Zen es otro de los procedimientos psicofísicos de Oriente, de interés fundamental para la Sofrología.

Es un sistema budista de origen yóguico, al que se introdujeron modificaciones en la China y posteriormente en el Japón.

Por razones de espacio, procuraremos ser extremadamente sintéticos en nuestro comentario.

SHIDHARTA GAUTAMA, EL BUDHA, nació en la India el año 563 antes de Cristo. Fundó un movimiento que introducía serias reformas en las rígidas estructuras de la religión hinduista. Sus doctrinas se extendieron por toda la India poniendo en peligro la hegemonía brahmánica. La violenta reacción hinduista condujo a la expulsión del budismo del territorio indio, hasta el punto de que hoy es una de las religiones minoritarias.

El período comprendido entre el siglo IV antes de Cristo y el siglo I después de Cristo, recibe el nombre de HINAYANA o pequeño vehículo. Aparece luego el MAHAYANA o gran vehículo. Los dos marchan juntos durante dos siglos, produciéndose hacia el siglo III de nuestra Era, la ruptura de las dos escuelas doctrinarias.

Una de las diferencias fundamentales entre las dos escuelas radica en que el MAHAYANA insiste en el principio de la caridad y compasión hacia los demás. El HINAYANA, por el contrario, defiende el principio de esclarecimiento y autoevolución. Las dos se atribuyen la posesión de las ideas originales del BUDA.

He querido hacer esta breve reseña histórica para fijar la posición del Zen japonés que fue elaborado dentro de la escuela MAHAYANA, cuyos principios básicos son el idealismo trascendental y el afecto por toda clase de criaturas.

En el siglo VI después de Cristo el budismo MAHAYANA se había extendido ya por el Tibet y la China. Los patriarcas budistas de origen indio se encargaron de su difusión. Uno de ellos, BUDDHIDARMA, fundó entonces la escuela CHANG en China. Dicha escuela pasó al Japón en el siglo VII, donde dio origen a la escuela Zen.

El budismo, como es sabido, no busca la explicación racional del universo ni tampoco el estudio teológico de Dios.

Si antes hemos comentado que las religiones orientales son verdaderos tratados de psicología, posiblemente el budismo Zen sea un tratado específico de la psicología de la conciencia, de acuerdo al concepto clásico oriental.

El Zen utiliza técnicas de activación sobre la conciencia con el propósito de obtener la iluminación mental. Como puede verse, el principio hindú se repite en todos los sistemas psicofísicos de Oriente.

El Zen, ajustándose a los conceptos budistas, no se preocupa del mundo objetivo ni establece sistemas filosóficos basados en los principios de la lógica; se sumerge en los abismos del ser buscando la experiencia directa en los fenómenos del mundo interior.

Desde el siglo VIII hasta hoy, las doctrinas Zen han jugado un papel importante en toda la cultura japonesa. Sus procedimientos psicológicos difieren de los hindúes, si bien el objetivo es el mismo: la apertura de la conciencia hacia planos superiores.

Los estados "Turiya" de los hindúes reciben el nombre de *Satori*. Los procedimientos psicológicos para la obtención del *Satori* son, fundamentalmente, activos.

Estos métodos actúan de manera excitante sobre la conciencia. Se trata de "despertarla", dice SUZUKI, en el más estricto sentido de la palabra.

Los procedimientos meditativos del Zen tienden a eliminar el principio de dualidad entre objeto y sujeto. En los planos del *Satori,* según SUZUKI, el sujeto reencuentra la forma directa, ingenua, de contactar con la realidad.

Los dos sistemas utilizados con preferencia reciben el nombre de KOAN y MONDO. La palabra KOAN de los japoneses tiene su origen en el vocablo chino KUN-GEN que significa ejercicio.

El practicante debe aprender a desarrollar el espíritu de investigación interna, como vía de obtención del *Satori*. Debe prepararse para el momento en que irrumpa en la nueva conciencia.

El KOAN consiste en la meditación activa sobre una especie de problema insoluble, que debe ser propuesto por el maestro Zen (Roshi) de acuerdo a las condiciones de su alumno.

Esta meditación "irritante" conduce al practicante a un callejón sin sali-

da. La tensión progresivamente acrecentada le llevará a un punto, dice SUZUKI, en que la única solución consiste en la ruptura de las barreras de la conciencia; en la apertura de la mente y la liberación de los muros que la cercaban.

El MONDO consiste en una especie de preguntas y respuestas rápidas, sin sentido manifiesto, desarrolladas entre el alumno y el Roshi, con la finalidad de activar al máximo la conciencia del practicante. Para CHANG-CHEN-CHI, el Zen, para expresarse a sí mismo, sigue el lenguaje de sus propias intuiciones, sin dogmas ni reglas.

El Zen seria comparable al salto existencial de KIERKEGAARD, que precipitaría al individuo a la vivencia de los planos superiores de la conciencia.

JUNG, que se interesó grandemente por estos temas orientales, escribió la introducción al trabajo sobre Zen y Budismo de SUZUKI. Al referirse al *Satori,* JUNG escribe: "El *Satori* describe un modo de iluminación, cuya apreciación resulta imposible para Occidente".

Los principios del Zen no se oponen a ninguna religión, aunque algunos autores, como HUMPHREYS, digan lo contrario. El jesuita alemán LASALLE dice lo siguiente: "De hecho la iluminación del Zen es incontestable. Es difícil llegar a este estado cuando se tiene una formación dialéctica; no obstante, quien se haya formado dialécticamente y sea capaz de abandonar su sistema, obtendrá el *Satori* en las profundidades del Zen".

FROM, recientemente, aproxima el psicoanálisis a las concepciones Zen, llegando a la conclusión de que en muchos aspectos son similares y muestran identidad en ciertos puntos esenciales. "El fin del psicoanálisis es hacer consciente el inconsciente —escribe FROM— sin embargo, hablar del consciente o del inconsciente, significa tomar las palabras por realidades. Con propiedad sólo podemos hablar de estados y grados de represión; es decir, de un estado en que sólo se permite entrar a la conciencia aquellas experiencias que pueden penetrar a través del filtro social del lenguaje, la lógica y el contenido." Más adelante, FROM afirma: "Si se suprime toda represión no hay más inconsciente frente a lo consciente, hay una experiencia directa, inmediata, en tanto que no soy extraño para mí mismo, nada ni nadie es extraño para mí".

Muchas comparaciones de este tipo, llevan a FROM a establecer cierto paralelismo entre la sistemática del Zen y el Psicoanálisis.

Vemos cómo se realiza una aproximación del pensamiento psicológico occidental hacia los sistemas orientales desde diferentes ángulos.

Durante nuestra permanencia en el Japón pudimos contactar con algunos monasterios de la Secta Soto y del Zen Rinzai, que son las dos escuelas existentes del Zen y que se diferencian básicamente por la utilización del KOAN, más común a esta última.

La Sofrología apenas ha comenzado la aproximación hacia los métodos psicofísicos orientales. Estamos conscientes de su importancia y de las ex-

traordinarias posibilidades de investigación que encierran. Si esta aproximación se adelanta con la delicadeza y honestidad científica requeridas, estamos seguros de que la Sofrología encontrará en estos métodos un material de riqueza incalculable.

Del libro " El secreto del Yoga" (*)

Carta al Dalai Lama

A. CAYCEDO

Nueva Delhi, 12 de junio de 1966

Su Santidad el Dalai Lama
DHARAMSALA, Himalayas.
INDIA.

Su santidad (**):

Tuve el placer de asistir a la recepción que ofreció vuestro representante en Delhi, el Dr. Thupten Nuigee, el 6 de julio, con motivo de vuestro 32 aniversario. Ahora os escribo para enviaros mis sinceros saludos y deseos por vuestra larga vida y el de la heroica nación del Tibet.

Aprovecho esta oportunidad para expresaros mi profundo sentimiento de gratitud por la atención que nos dispensasteis durante nuestra permanencia en Dharamsala. Mi esposa y yo enviamos también a Pémala, vuestra hermana, nuestros saludos y agradecimientos por sus gentilezas durante nuestra estancia en la «nursery».

Continúo profundamente interesado en el Yoga Tibetano y agradezco a vuestra Santidad sus explicaciones en relación con los fenómenos de Dumo, la levitación, la desintegración y el Tantrismo.

(*) La edición India de este libro se publicó bajo el nombre LETTERS OF SILENCE. por Bhawnani & Sons. New Delhi, 1966.

(**) Traducción del inglés: YOUR HOLINESS. Título que se da en Oriente a las grandes personalidades religiosas.

Vuestro intérprete, Mr. Sonam Topgay Kazi, quien ha estado en Delhi desde hace algunos días, amablemente aceptó una invitación a mi casa. Recordamos vuestras explicaciones pues estoy pensando publicarlas en uno de mis libros. Hemos tratado de reconstruirlas lo más exactamente posible.

Con la ayuda de la carta que vuestra Santidad me entregó por intermedio de vuestro Secretario el Sr. T. C. Tara, autorizándome para visitar los Monasterios Lamas de Dalhousie, pude permanecer en ellos, tomar algunas fotografías y filmar algunas películas.

Vuestro representante en Dalhousie, el Sr. N. Junpa, a quien estaba dirigida la carta, me proporcionó varias entrevistas con los Maestros del Yoga tibetano, Lamas: Geshe Lobsang Tempa y Goshe Ugen Tseten, durante las cuales hablamos sobre el Yoga del Tibet. Actuó como intérprete el Lama Loric Tulku (*), quien, según me informaron, es una «alta reencarnación».

Parece que la ley del silencio es más estricta entre los yoguis tibetanos que entre los yoguis hindúes. Estaba, como vuestra Santidad sabe, muy interesado en el fenómeno de la levitación de la cual habíamos hablado extensamente. Supe que el gran yogui tibetano, Abu Rinpo Che, quien estaba en Dalhousie en el momento de mi visita, practicaba esta técnica por medio del control de la respiración.

Gracias a la intervención de los jóvenes Lamas, Sakyapa Kungal Tulku y Dilupa Katak Tulku, quienes hablan inglés y tuvieron la bondad de acompañarme a todas partes, tuve la suerte de encontrar al Guru Khamtul Rinpo Che, discípulo del yogui antes mencionado, quien es el Jefe Lama de la Comunidad del Arte Tibetano. El Guru Khamtul Rinpo Che, me presentó a su Maestro, Abu Rinpo Che, y me autorizó para tomarle fotografías. También me presentó sus tres discípulos principales los cuales, de acuerdo con la opinión de los Lamas, practican también la levitación (los yoguis Thinle, Chullo y Kamyano). Estos muy amablemente me permitieron tomar fotografías, bajo condición de no preguntar nada acerca de sus experiencias personales y se negaron a dejarme presenciar sus prácticas levitativas.

Visité también el monasterio de monjas tibetanas, bajo la dirección de Freda Devi, y el monasterio de los Lamas Reencar-

(*) Tulku significa reencarnación.

nados, al cual vuestra Santidad le dio el nombre de Thupten Shedup Ling. Fui recibido por el Lama Rector, pero nunca se me dio respuesta directa a mis preguntas en relación con sus métodos y prácticas. Como los hindúes, los Yoguis tibetanos también se ocultan tras disertaciones de orden filosófico, las cuales, según mi opinión, son más difíciles de comprender que las de los primeros.

Como expliqué personalmente a vuestra Santidad, en Occidente hemos fundado una Escuela Científica integrada por psiquiatras y especialistas en medicina psicosomática. Esta Escuela se interesa por el estudio de los fenómenos de la conciencia humana. Nosotros deseamos conocer los diferentes estados de la conciencia a fin de explorar un nuevo camino para la curación de algunas enfermedades. Nos hemos aventurado a la exploración de la mentalidad Oriental desde un nuevo ángulo. Creemos que en Oriente hay hombres que conocen estados de conciencia superiores, que no solamente son ignorados, sino negados por muchos psicólogos occidentales. Después de la experiencia personal adquirida viviendo en la India durante dos años, y después de visitar los Ashrams y haberme entrevistado con los Yoguis, estoy convencido de que pueden desarrollarse en el hombre nuevos estados de conciencia. Si esto pudiera entrenarse de tal manera que la existencia se desarrollase en dichos planos, significaría la cura de muchas enfermedades psicológicas y psicosomáticas. Esta no es la ocasión para explicar a vuestra Santidad en qué se fundan estas suposiciones, pero estoy seguro que vuestra Santidad lo comprende.

Pienso que hemos sido ambiciosos al intentar comenzar el estudio de los estados de conciencia en el Oriente, con las experiencias de los Yoguis. Son hombres que, después de adelantar prácticas determinadas, conocen posiblemente mejor que nosotros los psiquiatras, los diferentes estados de la conciencia y algunos de los fenómenos inherentes a ellos, como pseudo-percepciones, alucinaciones, estados de «ausencia», etc., considerados por los psiquiatras occidentales como síntomas de graves enfermedades. Desafortunadamente para nuestro estudio, los Yoguis se rigen estrictamente por la ley del silencio. Guardan celosamente los secretos que descubren sólo a sus discípulos cuando, a su turno, adquieren la capacitación necesaria.

Confiando en la calurosa bienvenida que nos dio vuestra Santidad y en la creencia que se encuentra convencido de la

honestidad de nuestras intenciones, me arevo a pedirle su ayuda en el difícil camino que hemos emprendido.

No es nuestra intención violar los secretos de los Yoguis, sino procurar el estudio científico de los diferentes estados de la conciencia que ellos conocen desde siglos, para el bien de la humanidad. En dicho estudio, ¿no podrían colaborar los médicos tibetanos? ¿Quiénes mejor capacitados que ellos para dialogar con nosotros en este sentido? Pienso que una actitud más abierta redundaría en provecho de muchas personas necesitadas. Cuando estuve en Dharamsala, según lo sugerido por vuestra Santidad, me puse en contacto con sus médicos privados, los doctores Yerskay Thonden y Trongawa Gyurni Ngawang, quienes vinieron a los Himalayas indios desde Lhasa por vuestra Santidad. Debo agradecer a su intérprete el Sr. Sonam Topgay Kazi, por traducirme algunas de sus explicaciones sobre Dumo como terapéutica, la medicina tibetana y técnicas de meditación. ¿Podrían ellos continuar el diálogo? ¿Serían autorizados por vuestra Santidad para hablar profesionalmente con nosotros acerca de temas más profundos?

Durante la recepción en honor del cumpleaños de vuestra Santidad en la residencia de su representante en Delhi, tuve el placer de encontrarme con el Dr. C. L. Bhtnagar, quien se especializó en Viena en medicina psicosomática. Asistió a las conferencias que dicté en Delhi a los médicos hindúes que trabajan en el Hospital que fundamos recientemente. El Dr. Bhatnagar es miembro de la Sociedad India de Sofrología y da la coincidencia que es también el representante médico de vuestra Santidad en Delhi. Este doctor hindú atiende a los refugiados del Tibet, por quienes siente gran cariño. Me habló por largo rato sobre la posibilidad de iniciar contacto con los médicos tibetanos que me presentó vuestra Santidad. De esta manera podríamos establecer una colaboración para estudiar, dentro de un marco científico, los estados de conciencia de los Yoguis del Tibet. Esto significaría un gran paso para nuestra investigación. Le aseguro a vuestra Santidad que siempre tendremos cuidado de no violar los secretos a cerca de los fenómenos personales experimentados por ellos.

El Dr. C. L. Bhatnagar está bastante interesado en dichos estudios lo cual es una gran cosa. Entre las muchas experiencias que él ha presenciado en la India, en donde ha practicado la medicina durante más de 30 años, recuerda especialmente haber

asistido a un fenómeno de levitación, lo cual a mí no me fue posible a pesar de la carta de vuestra Santidad y del largo viaje a los monasterios indicados. También hablamos con el Dr. Bhatnagar acerca del fenómeno de desintegración común a las experiencias de los yoguis tibetanos.

Pronto marcharé de la India, pero la Sociedad que hemos formado aquí con psicólogos, médicos y especialistas en yoga, estará en constante comunicación con nosotros. Más tarde podríamos organizar una expedición científica, integrada por sofrólogos occidentales, que pudiera colaborar en el trabajo iniciado por los médicos tibetanos e hindúes. De igual forma, nos prepararíamos a recibir como huéspedes en los países occidentales donde existen Sociedades de Sofrología, a nuestros colegas tibetanos, con el fin de que podamos ser instruidos en sus téc. nicas.

Ruego a vuestra Santidad perdone si involuntariamente he cometido alguna indiscreción en esta carta. Por favor tan sólo tenga en cuenta la buena voluntad con que ha sido escrita.

Aprovecho esta oportunidad para renovar a vuestra Santidad los sentimientos de mi más alta consideración y aprecio.

Sinceramente

DR. ALFONSO CAYCEDO

Respuesta del Dalai Lama

Publicada también en el libro "EL SECRETO DEL YOGA".

Swarg Ashram
Upper Bharamsala
Kangra/Punjab
julio 18, 1966

Estimado Dr. Caycedo:

Me dirijo a Ud. para agradecerle su detallada carta. Su Santidad comprende ampliamente su intención de iniciar el estudio científico de los diferentes estados de la conciencia, comunes a los yoguis tibetanos, y graciosamente me pide le informe que podría hacer esfuerzos para ayudarlo en su trabajo. Aunque Ud. pronto abandonará la India, trataremos de ponernos en contacto con la Sociedad que ha fundado con psicólogos, médicos y especialistas en Yoga.

Parece que debido a la estricta observación del secreto en las prácticas Yóguicas del Tibet, Ud tuvo algunas dificultades durante su viaje reciente a Dalhousie. Sin embargo, espero que en el futuro podamos prestarle mejor ayuda.

Con saludos amables,
Sinceramente.

T. C. TARA
Secretario Privado de Su Santidad el Dalai Lama.

Introducción a "La India de los Yoguis" (*)

Traducida de la edición india

A. CAYCEDO

En este libro he intentado describir mis visitas, estudios y observaciones, sobre los "Ashrams" y las cuevas de los yoguis indios; los ríos sagrados; los altos picachos de los Himalayas, a donde algunos yoguis se dirigen con frecuencia en su increíble y laboriosa búsqueda de Dios; los centros en donde el Yoga se practica a modo de terapéutica o investigación médica y los lugares en los que el Hatha-Yoga se enseña al pueblo indio como sistema de entrenamiento psico-físico. He descrito también mi primer contacto con los yoguis del Tibet, refugiados en el Himalaya Indio después que la China comunista ocupara su país.

Lo que en este libro se ha escrito, debería considerarse como propio de una "primera visita" de exploración, durante la cual el médico habla poco, hace pocas preguntas. Las preguntas son elementales, porque adoptando esta actitud se puede realmente llegar hasta las fuentes de lo experimentado. Por consiguiente, mi primer propósito fue aclarar nuestras ideas, las ideas occidentales, acerca de la India.

No hace mucho, cuando un occidental regresaba a su país, después de haber estado en Oriente, casi siempre contaba historias sobre la existencia de raras técnicas y prácticas místicas.

Existe hoy una plétora de libros que intentan informarnos de la cultura y psicología orientales y son muchos los psicólogos que emprenden el largo, difícil, pero interesante viaje a la India. Tenemos necesidad de este contacto directo con los *fenómenos,* para así poder cribar la información que nos llega,

(*) El libro *India of Yogis* del Doctor CAYCEDO fue publicado en la India por National Publishing House, Delhi, 1966. La edición española aparecerá próximamente en esta misma colección, con prólogo del Profesor R. SARRÓ.

información generalmente mezclada con una considerable dosis de fantasía tan característica del pueblo oriental, de misticismo y a veces de superstición. En mi propio caso, existía un profundo interés por confirmar la afirmación de los yoguis acerca de la existencia de diferentes estados de conciencia que normalmente son desconocidos por nosotros.

Ya desde el principio, una de las cosas que más despertó mi atención fue la comparación de algunos de los fenómenos experimentados por los yoguis, antes del "gran *samadhi*" o estado de hiper-conciencia, con ciertos fenómenos psicopatológicos vividos por nuestros pacientes. Quise profundizar en la técnica de los yoguis y conocer sus experiencias privadas, tratando de romper, con el máximo respeto, su barrera de silencio.

Al darnos cuenta de las grandes dificultades que existen para adentrarse y profundizar en los fenómenos, tratamos de establecer un puente, entre los Psiquiatras, Sofrólogos y Psicólogos occidentales por un lado, y los médicos Indios y Tibetanos por otro. Estamos convencidos de que con la ayuda de los médicos Indios y Tibetanos, será más fácil estudiar los estados de conciencia de los verdaderos yoguis.

La cuestión es muy clara. Necesitamos saber si los fenómenos son verdaderos, si existen realmente otros estados de conciencia. O si todo esto no es más que "fantasía oriental".

Hemos fundado una nueva escuela científica para el estudio de los estados de la conciencia humana, la Sofrología, y ella ha tomado ahora la responsabilidad de responder a estas preguntas. Si esos fenómenos son reales, si los yoguis pueden experimentar estados de conciencia que no nos son conocidos, la ciencia moderna debe aprender a investigar esas técnicas y conocer dichos estados de conciencia, en beneficio de la humanidad. Creemos que las únicas personas en el mundo que pueden, por ahora, darnos una respuesta cierta, son los verdaderos yoguis de la India y del Tibet y, quizás, algunos de los grandes Maestros del *Zen* en el Japón. Hay que establecer contacto con ellos para saber la respuesta exacta; hay que averiguar el factor "desconocido" que interviene en esos fenómenos.

Naturalmente no es posible visitar en dos años todos los centros de Yoga de la India, los *Ashrams,* las cuevas, etc. Para hacer una descripción de todos ellos, habría que escribir muchos libros y, aún así, la tarea no habría terminado, puesto que el Yoga lo abarca todo en la India. Fue mi intención visitar más lugares, permanecer por más tiempo en cada *Ashram* y conocer más íntimamente a cada yogui, pero no disponía del tiempo suficiente. De todos modos, la puerta está ahora abierta y otros podrán volver más tarde a continuar el trabajo.

Sólo he descrito aquí los centros y *Ashrams* más conocidos y que hemos visitado personalmente. Como puede apreciarse, he dado gran importancia a las conversaciones directas con los mismos yoguis.

Tuve gran interés en respetar dichas conversaciones y en presentarlas en su pureza original, aun a riesgo de fatigar y aburrir al lector, especialmente a aquellos que pudieran pensar que éste es un simple libro de viajes. En estas conversaciones con los grandes yoguis, vemos como el Yoga aparece en su más pura esencia y en su viviente actualidad. Algunas de las conversaciones fueron tomadas en magnetofón; otras fueron anotadas rápidamente, procurando evitar desfiguraciones involuntarias.

Este libro no pretende ser una "monografía" científica y, menos aún, un estudio psicológico completo de los estados de conciencia de los yoguis. Esto último sería una tarea difícil y delicada, sólo posible con la colaboración de muchos especialistas. He tratado aquí de presentar la realidad actual del Yoga en la India según mi experiencia personal; esto quiere decir que mi exposición puede tener muchos defectos. Sin embargo, ayudará a las personas interesadas a darse una idea de las verdaderas técnicas "psico-somáticas" orientales.

En dichos diálogos, se encuentran a menudo detalles muy interesantes, como la afirmación de Swami CHIDANANDA, uno de los más grandes yoguis de la India, al hablar acerca de las "pseudo-percepciones" experimentadas durante los estados más elevados del entrenamiento del Yoga. Dijo: "Si es un *bhakti-yogui* del Dios RAMA, sus visiones estarán asociadas con el Dios RAMA, o con el *Japa* que está practicando, o con el pasaje de la Escritura en que está meditando. La visión se presentará sólo con referencia a eso. Si es un devoto del Dios KRISHNA ... y si es inteligente, oirá al Dios KRISHNA que le hablará, como habló a ARJUNA, o a cualquier otro. Así pues, será algo definido, que tendrá una pauta específica, y que será el resultado de sus *sádhana* ... Un factor interesante es que este fenómeno no es necesariamente común a todos."

En éste, como en mi libro "Cartas del Silencio" (*), publicado también aquí en la India, he tratado de ser neutral, imparcial, objetivo. He dejado que los yoguis hablaran en relación con sus fenómenos, sin intentar imponer mis ideas y sin tomar partido en las discusiones. Eso no quiere decir que yo esté de acuerdo con ellos; ni tampoco que esté en desacuerdo. Cualquier evaluación personal, puede tergiversar el delicado fenómeno de la conciencia cuyo estudio estamos tratando de realizar y en el que cualquier elemento puede ser importante.

El título "La India de los Yoguis" significa que los sitios descritos en este libro, fueron especialmente visitados para estudiar y vivenciar los lugares de la India en que los yoguis desenvuelven sus técnicas. No puse al libro el título "Los Yoguis de la India", por el simple hecho de no ser yo quien pueda valorar los Yoguis como yoguis. El pueblo indio tiene a los "verdaderos" yoguis en gran estima, y no estoy en condiciones de constituirme en juez sobre esta

(*) La traducción española de este libro aparecerá en esta Colección con el título *El Secreto del Yoga.*

cuestión. Así pues, no es mi intención el presentar o afirmar el rango y la categoría de los distintos yoguis; esto, tal vez, sólo puedan hacerlo los mismos hindúes. Bajo otro punto de vista, se puede decir que la India no es una, sino muchas Indias. Es tan vasta y compleja, de tan variados aspectos, que uno siempre puede encontrar la India que le interesa. Existe la India de los políticos, la India de los cazadores, la India de los turistas, la India de los industriales y comerciantes, la India del hambre, etc. Pero existe también otra India, la India sagrada, la India de los yoguis. Mi libro se refiere a esta última.

El libro está dividido en cinco secciones, como sigue:

La Sección Primera introduce al lector en la India presente y pasada, con preferencia en aquellas esferas y aspectos de este vasto subcontinente, de vida multiforme y compleja, que mayor interés han tenido para mí. De todas ellas, está primeramente el Yoga y las técnicas Yóguicas que constituyen el objeto de mi investigación en relación con la Sofrología, una nueva Escuela Científica, fundada por nosotros para el estudio de los estados de la conciencia humana. Como ya hemos dicho, este libro es un intento de introducir en la India de los yoguis al psicólogo o sofrólogo occidental, cuyo conocimiento de la India y de las cosas indias sea más bien escaso y quizá bastante vago. Por consiguiente la finalidad de esta primera sección, ha sido el proporcionar al lector los conocimientos suficientes para que pueda comprender mejor el medio ambiente, dentro del cual se realizó mi trabajo de investigación.

En la Sección Segunda, he descrito los varios *Ashrams,* centros en donde residen los yoguis, en rara y casi única comunidad. Allí viven juntos, aunque cada miembro es libre de seguir sus propias prácticas, sus *sádhanas* individuales, y organizar su vida externa e interna en completa libertad. Tal como indiqué anteriormente, me fue imposible, y lo sería para otro cualquiera, visitar todos los *Ashrams* de la India durante los dos años que tenía a mi disposición. No sería ciertamente exagerado decir que veinte años no bastarían para completar la tarea. Por consiguiente, me limité al estudio de los *Ashrams* y centros de vida espiritual más importantes de la India. Los *Ashrams* tratados en este libro, constituyen en conjunto lo mejor y lo más representativo de la vida espiritual de la India y, bajo mi punto de vista, resultan más que suficientes para el estudio de los aspectos psíquicos y psiquiátricos de la vida de los yoguis.

Al realizar mi trabajo de investigación y estudio, elegí el método del contacto directo con los yoguis. En ciertos *Ashrams* estuve viviendo con ellos, aclimatándome, por así decir, a su ambiente espiritual, físico y mental, practicando sus métodos y ajustando mi propio modo de vestir, lo mejor que pude, al de ellos. Traté de captar con la máxima fidelidad el espíritu de cada lugar, de modo que el conocimiento de dichos *Ashrams* y mis experiencias personales fueran realmente auténticas. Tengo además la satisfacción de haber podido contar con la buena voluntad y la cooperación de algunos de los más

destacados yoguis, así como haberme puesto en contacto con algunas de las más preclaras inteligencias y personalidades del campo espiritual de la India.

Como consecuencia de la bondad y cooperación de los grandes yoguis, pude explorar su mente y obtener respuestas a algunas de mis preguntas sobre los temas en los que estaba yo especialmente interesado. Para mí, las conversaciones con aquellos yoguis representan un material de considerable valor.

La Sección Tercera trata de la aplicación del Yoga en el campo de la Medicina. El valor terapéutico de la técnica Yoga, ha sido reconocido en la India desde hace mucho tiempo y en el último cuarto de siglo numerosos médicos muy calificados han sido atraídos por el mundo del Yoga. Como resultado, ha ido ganando cada vez más fuerza el adecuado estudio científico y el uso terapéutico del Yoga. Algunos de los más conocidos yoguis de la India, en las dos o tres últimas décadas, han sido médicos que renunciaron al mundo y adoptaron el camino del Yoga. Hombres como SIVANANDA, fundador del Sivananda-Ashram, pertenecen a dicha categoría. Por otra parte, hay médicos que, como VINEKAR de Lonavla y VARANDANI de Jaipur, podrían considerarse como yoguis aunque no hayan adoptado el hábito. A ellos, se les podría considerar como *una nueva generación de yoguis científicos*. En mi opinión esta unión entre el Yoga y la Medicina es un paso muy importante que puede traer grandes beneficios a la humanidad, no sólo en la curación de algunas enfermedades psicosomáticas, sino también y principalmente en el mantenimiento de la salud y de la vitalidad.

Especialmente a este último aspecto, es al que la Sección Cuarta se refiere. En varios de los centros educativos de la India, los ejercicios yoguis y otras prácticas se usan para fortalecer y vigorizar el cuerpo. En este aspecto pueden verse los esfuerzos realizados tanto por los individuos particulares como por el mismo gobierno. En Chandigarh y en Delhi existen importantes instituciones donde se imparte la cultura física, o mejor psico-física, según las normas yoguis. Encontré también a algunos especialistas en Yoga, con un perfecto conocimiento de sus aplicaciones prácticas en el campo de la fisiología humana. Occidente, que tan interesado está en la profilaxis de las enfermedades y en la fortaleza del cuerpo, puede ciertamente obtener grandes ventajas de los ejercicios del Yoga.

Aunque en Occidente no se tienen ideas demasiado claras sobre el valor curativo del Yoga con respecto a diversas dolencias corporales y mentales, sin embargo no deja de ser significativo que un número cada vez mayor de extranjeros procedentes de todas las partes del mundo, y de todas las razas y religiones, se dirijan a la India a fin de encontrar solaz y tranquilidad a través de la práctica del Yoga. He hecho sobre este punto indagaciones especiales, siendo interesante comprobar que un gran número de personas que aquí se han establecido para practicar el Yoga, eran neuróticos que habían sido tratados en clínicas psiquiátricas occidentales.

Por otra parte viven aquí en la India yoguis extranjeros que son considerados como muy avanzados en sus *sádhanas, la Madre* del *Aurobindo-Ashram* en Pondicherry, puede ser citada como uno de ellos, puesto que es francesa.

La Sección Quinta, sobre Yoga tibetano, espero que será de gran interés al lector, puesto que cubre un territorio muy rico y relativamente mucho menos explorado. Se refiere a los yoguis tibetanos establecidos ahora en la India y a sus teorías y prácticas del Yoga. En algunos aspectos, el Yoga tibetano, no sólo es diferente del Yoga indio, sino, incluso más avanzado. Tiene ciertamente fenómenos propios y de gran interés psicológico. Hemos logrado, a pesar de muchas dificultades, que se nos abriese un poco la puerta y captar algo de su riqueza. Espero que más adelante, y en beneficio de la humanidad, los yoguis del Tibet revelarán sus grandes secretos que tan extraordinaria salud y longevidad, tan asombrosa tranquilidad y armonía interior, pueden conferir a las personas.

Ya he dicho antes que este libro es como una primera visita, tal como decimos en nuestra profesión. Ciertamente, lo que se ha logrado es muy poco y mucho lo que aún queda por lograr, pero eso es lo que siempre ocurre en el campo de la investigación y del saber. Por alguna parte hay que empezar y el resto ya vendrá, como dice Swami KARUNANANDA. Este es un comienzo hecho con interés y con esfuerzo. Me gustaría poder volver un día a la India, para continuar el trabajo. Pero tanto si vuelvo como si no, estoy seguro de que mis colegas, aquellos que me son conocidos y ese inmenso número a quienes no conozco, así como también aquellos que nos seguirán cuando nosotros hayamos partido, continuarán este interesante trabajo de investigación en un campo que ofrece tan grandes perspectivas para el conocimiento de la mente humana. He encendido una pequeña lámpara que no puede iluminar más que una pequeña área en la oscuridad de nuestra vasta ignorancia del Yoga. Pero es mi esperanza que esta pequeña llama, se transforme un día en una luz poderosa que ensanche nuestro conocimiento sobre los secretos y prácticas de los yoguis de la India y del Tibet. Porque, si sus fenómenos son ciertos, los médicos tenemos obligación de estudiarlos para poder aplicarlos en el tratamiento de nuestros pacientes.

No es fácil todavía hacer un balance de todas las impresiones y experiencias que hemos recibido. Quizá sea demasiado pronto para poder valorar cuál ha sido el fruto real y total de nuestro estudio y de nuestro trabajo de investigación. De todos modos, se aprecian por ahora algunas conclusiones.

Primeramente se comprueba el valor del Yoga como sobresaliente y poderosa fuerza unificadora de la India. Desde las alturas del Himalaya hasta el punto más meridional de la India, el Cabo Comorin, en el que el Peñón de Vivekananda se proyecta como un símbolo, el Yoga corre a lo largo del país como si fuera su columna vertebral. A través de esos miles de millas que separan estas dos extremidades de la India, hay cambios en las costumbres y los

hábitos, en las comidas y en el clima, hay cambios de religión y de lenguaje, pero por encima de toda esa diversidad, existe un factor que se mantiene común, que es constante: el Yoga.

Aparte de esto, hemos escuchado la afirmación hecha por los yoguis de que el Yoga está fuera de toda religión y no pertenece a ninguna en cuanto tal. Esto es algo sorprendente, puesto que la idea general que se suele tener es que el Yoga es hindú, o quizá budista. Sin embargo, en cada uno de los *Ashrams* me dijeron y yo mismo pude comprobarlo directamente, que el Yoga acepta gentes de todas las religiones. Swami CHIDANANDA del Sivananda-Ashram, me decía: "El Yoga está por encima de la religión, es algo que concierne al hombre, al ser humano en cuanto es un alma dentro de un cuerpo. No pertenece a ninguna religión en particular. Porque ha salido del genio del pueblo hindú, la gente piensa que el Yoga es hindú. Pero el Yoga está en uno mismo y es supra-religioso en sus aplicaciones. Cualquiera puede practicarlo, budistas, cristianos, parsis, mahometanos, todos pueden practicarlo."

Cuando le hice la misma pregunta al Maharaj-ji de Beas, jefe de los yoguis del *tercer ojo,* me respondió:

"No, no es una religión. Le estoy diciendo que el Yoga no es de ningún modo una religión. Es una práctica física y espiritual para la aproximación a Dios. El Yoga no se afinca en ninguna religión; no se trata de hacer de un cristiano un hindú o de convertir un hindú en mahometano. Tenemos aquí a gentes de todas las religiones. Por otra parte, el Yoga no da importancia a ninguna religión. Aunque uno se ponga un abrigo, una chaqueta o una camisa, continúa siendo lo que es. Las ropas no cambian las cualidades del ser; las cualidades humanas, no son más que ropajes externos."

Finalmente el hecho común a todas las prácticas del Yoga, y desde nuestro punto de vista lo más importante y lo que nos ha movido a realizar este estudio, es que el Yoga en todas sus modalidades, Raja, Gnani, Karma, Bhakti y cualquiera de las otras formas menores, produce siempre un cambio favorable en el estado de conciencia del hombre. Los yoguis lo consiguen a través de técnicas especiales, en las que el elemento místico es factor importante. Nosotros, los psiquiatras, tenemos que conocer estos fenómenos sin empañar su pureza con nuestras propias teorías, lo que no implica que aceptemos el Yoga en su totalidad. Es una tarea difícil, una tarea delicada, una tarea que exige un esfuerzo largo, continuado y serio. Será también necesario evitar cualquier juicio a priori. Me refiero a los prejuicios que la mayoría de nosotros tenemos y a la parcialidad que el occidental muestra hacia el Yoga. Recalco esto porque incluso grandes eruditos parecen no prestar importancia a este punto. Hablando de Yoga, el Dr. BASHAM en su documentada obra "La maravilla que la India fue", dice:

"El *kundalini* avivado da al yogui poder y conocimientos sobrehumanos, y muchos yoguis han practicado el Yoga por eso, más que para su salvación.

Algunos adeptos del Yoga, han desarrollado poderes que no pueden explicarse enteramente por la ciencia médica europea y que no pueden considerarse como subjetivos, pero son *completamente falsas* (la cursiva es mía) las bases fisiológicas del laya y del hatha-yoga, no hay tal *kundalini, susumna* o *sahasrara*. La antigua fisiología mística de la India necesita ser mejor estudiada, no sólo por indólogos profesionales, sino por biólogos y fisiólogos de amplia mentalidad, quienes quizá nos revelen el verdadero secreto del yogui. Porque, aparte de lo que podamos creer de sus reivindicaciones espirituales, no hay duda de que un yogui en estado avanzado puede retener la respiración durante períodos muy largos sin sufrir daño alguno, puede controlar el ritmo de los latidos de su corazón, puede soportar el calor y el frío extremos, puede mantenerse sano con una dieta de hambre, y, a pesar de su vida austera y frugal y de sus extraordinarias contorsiones físicas, que arruinarían a cualquier otro hombre normal, puede muy a menudo llegar a gran longevidad en plena posesión de sus facultades."

No puedo estar más de acuerdo con la sugerencia del Dr. BASHAM, respecto a la necesidad de una profunda investigación científica sobre el fenómeno del Yoga. Sin embargo, su propia actitud es una curiosa mezcla de prejuicio y objetividad. Aquí está el mayor peligro; debemos realizar la necesaria investigación antes de afirmar si esto o aquello es *completamente falso* o *ciertamente verdad*. Quizás el Dr. BASHAM tenga razón, pero, yo creo que un juicio en materia tan importante no debe preceder a una plena investigación científica.

EPILOGO

POR EL PROFESOR

DR. R. SARRÓ BURBANO

Catedrático de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona

Puesto de las Terapéuticas Sofrológicas en la psicoterapia contemporánea

R. SARRO

El término de *psicoterapia breve* tiene un sentido muy ambiguo. Siendo la enfermedad mental, crónica, con suma frecuencia, también el tratamiento ha de ser prolongado. En estos casos no solemos hablar de *psicoterapia lar ga,* a pesar de que cada sesión no se concibe aisladamente sino como continuación de las anteriores y preparación de las futuras. Así una psicoterapia puede durar toda la vida y no obstante puede y debe interpretarse como psicoterapia breve porque las sesiones no son concebidas como fragmentos de una unidad sistematizada.

Es seguro que cuando se habla de psicoterapia larga y breve se apunta a otra *diferencia más radical,* que es la que debemos poner de manifiesto. Para conseguirlo, vamos a guiarnos por la evolución, a través de la historia, de los procedimientos de psicoterapia más importantes, con la finalidad de descubrir aquel carácter que marque una diferencia esencial, que es la que designamos en forma aproximada mediante los términos de psicoterapia larga y breve. En vez de guiarnos por este criterio histórico, podría seguirse el de analizar las diversas técnicas tal como aparecen clasificados en alguno de los ensayos de sistematización actuales. Este método tiene el inconveniente de que prejuzga la diferencia que buscamos. Creemos preferible la *exposición histórica,* en la cual guiándonos solamente por el hilo cronológico podremos ver a partir de qué momento aparece o desaparece aquella dimensión básica que diferencia las mal llamadas *psicoterapia breve y larga.*

El creador de la psicoterapia en los tiempos modernos es, sin duda,

MESMER. Con razón Stephan ZWEIG en su conocido libro "La curación por el Espíritu" le considera el iniciador de la "terapéutica psíquica". Ahora bien, para considerar a MESMER como psicoterapeuta no basta entender la psicoterapia como la *influencia psíquica que un individuo ejerce sobre otro con el fin de curarle.* MESMER no creía manejar fuerzas psíquicas sino fuerzas magnéticas. Por tanto la definición debe incluir, tanto la influenciación consciente como la *inconsciente,* de una persona sobre otra.

La terapéutica de MESMER consistía en restablecer el equilibrio entre los fluidos desequilibrados. Nada impedía que este equilibrio se restableciera instantáneamente. Una razón para que el tratamiento fuera largo era difícil de aducir.

La psicoterapia de CHARCOT se basaba en su concepción de la histeria y de la hipnosis. La histeria era la hipnosis espontánea y la hipnosis una histeria artificial. Una y otra, eran expresión de lo que hoy llamaríamos una "perturbación funcional de la actividad superior".

Por tanto la psicoterapia de CHARCOT se limitaba a la histeria. En realidad lo que CHARCOT hacía hipnotizando un histérico era aumentar su trastorno. La disociación inherente a la histeria agregaba la disociación hipnótica. Lo raro no era que se presentaran trastornos de doble y triple personalidad sino que éstos no fueran más frecuentes.

Sería pues más lícito en CHARCOT hablar de "anti-psicoterapia" que de psicoterapia. En cualquier caso el factor "tiempo" no pertenecía intrínsicamente al tratamiento. Al fin de su vida CHARCOT debió adquirir una intuición más profunda de lo que podía ser la psicoterapia, que consignó en un opúsculo "*La Foi qui guérit*".

La escuela de Nancy estaba centrada alrededor del concepto de sugestión. Este, tal como fue formulado más tarde por JANET, designa un estado psíquico en el cual una idea en vez de ser aceptada por la conciencia crítica y reflexiva obtiene, por la pasividad mental que previamente se instaura, una aceptación inmediata. Esta "idea", que no sigue el circuito racional, es admitida en el plano del automatismo mental, una de cuyas características es la transformación inmediata en acto inervatorio, o interno o extremo, de la imagen contenida en la sugestión. También esta psicoterapia podría ser breve o larga pero no hay ninguna razón para admitir que debiera ser *siempre larga.*

Para JANET, como para CHARCOT, los neuróticos pertenecían a una raza especial, pero en lugar de considerar a los histéricos como prototipos asignó el papel de tales a los obsesivos, que él llamó "psicastécnicos". La histeria pasó a ser un caso particular de la psicastenia; los consideraba como enfermos con una permanente insuficiencia energética. Este escaso capital de energía, "la misère psychologique", inherente a la neurosis, se expre-

saba de dos formas. En unos casos por reducción del campo de conciencia, los pacientes eran incapaces de abarcar simultáneamente varios contenidos mentales. Cuando pretendían contener más de lo que les permitía su capacidad, algunos contenidos caían fuera de la conciencia, no por una expulsión activa (como será más adelante en FREUD) sino por debilidad de la conciencia, como una lámpara que al disminuir su poder de irradiación proyectara luz sobre menos objetos: éste era el caso de la histeria. En otras ocasiones, la insuficiencia energética se expresaba por su descenso de la tensión psíquica, JANET clasificó los actos psíquicos en "actos de baja y de alta tensión". Los de "alta tensión" —el sentido de la "realidad presente"— eran los más difíciles de ejecutar y los que más fácilmente se perturbaban.

JANET para tratar a estos enfermos que tan fácilmente quedan descompensados enérgicamente, recomendaba "Las economías psicológicas". Venía a ser una "dietética anímica", recomendable para hombres de pocos recursos psíquicos. También propuso otros tratamientos menos convincentes, a base de "Adquisiciones psicológicas", v. gr., de nuevos hábitos.

Una diferencia de estos métodos de JANET con los anteriores estribaba en que podían ser muy prolongados. No era ilógico admitir que podían durar toda la vida. No obstante, cuando hablamos de psicoterapia breve y larga, nadie piensa en JANET; es un autor que de no haber sido por la obra de FREUD habría alcanzado un éxito mundial, probablemente hoy manejaríamos sus conceptos en vez de los psicoanalíticos. Pero que no tuviera fortuna no significa que no esté injustamente olvidado. Del "esprit de finesse" de sus análisis sintomatológicos, todavía podríamos aprender mucho, como ha mostrado entre otros BINSWANGER.

Una orientación distinta de la Escuela de Nancy y de la de JANET fue la de DUBOIS de Berna. DUBOIS no creía que sus pacientes sufrieran de insuficiencia de razonamientos de "lógica". Si el enfermo discurriera mejor, desaparecerían sus síntomas; puesto que el paciente no podía hacerlo por sí mismo, era misión del médico enseñarle a discurrir, a hacerle ver con argumentos de máxima evidencia que era un error "creerse enfermo" y un error "creer que su enfermedad procedía de una lesión". En cuanto el paciente, "comprendía", la neurosis desaparecía. Es evidente que tampoco en DUBOIS encontramos la noción de dos tipos de psicoterapia radicalmente distintas.

II

Vamos a ver si en el período que va, aproximadamente, de 1900 a 1950, aparece clara la diferencia entre *psicoterapia breve y larga.*

Es evidente que a medida que se desarrolla psicoanálisis asistimos un alargamiento progresivo de la cura. El psicoanálisis es una psicoterapia larga, pero ¿por qué razón es "larga"? El propósito de FREUD era, como es lógico, curar a sus enfermos. Aquí conviene salir al paso de un error. Se ha sobrevalorado el poder terapéutico del psicoanálisis pero se ha infraestimado la voluntad terapéutica de los primeros psicoanalistas. FREUD no sólo no se desinteresaba por la terapéutica sino que su obra sólo puede concibirse como una voluntad de curación que lucha, resistiendo toda tentación de desmayo, por conseguir la curación de sus pacientes. Las constantes innovaciones que introdujo FREUD en su obra, tienen una razón de ser, todas ellas arrancan de la experiencia dolorosa de que sus terapéuticas quedaban incompletas. Esperaba FREUD que al "recordar" el trauma los enfermos quedarían restablecidos, pero esto no se produjo, FREUD vio con sorpresa que sin duda debió ser grata, que los enfermos a pesar de que no curaban, no abandonaban el tratamiento. Esto le permitió proseguir la investigación sin abandonar la hipótesis básica de que "curación" equivalía a "recuerdo". Ya en aquella época debieron comprender simultáneamente FREUD y sus pacientes que el psicoánalisis es inconciliable con la prisa. No era un tratamiento para apresurados puesto que para realizarlo había que "tomarse mucho tiempo". El que no podía aportar tiempo suficiente quedaba automáticamente eliminado del tratamiento.

No poseemos ninguna historia de la obra de FREUD en la cual estuviesen imbricadas las experiencias de la praxis y el desarrollo de sus teorías. Sabemos del caso ANA O. y de algún otro que demuestran cómo de la experiencia clínica germinaban sus interpretaciones teóricas, pero este conocimiento es fragmentario. Una historia de sus ideas, al hilo de la de sus pacientes, sólo la habría podido escribir el mismo FREUD y quizá ni él. En todo caso sabemos que hasta el final de su vida, gran número de horas diarias eran absorbidas por sus clientes. Es inimaginable pensar que FREUD no correspondiera a su confianza, aspirando a convertirlas en personas normales y si no lo hacía era porque no podía.

En FREUD fue desarrollándose la idea de que la curación de una neurosis era una empresa muy ardua, casi imposible. Había situado tan hondas las raíces de la neurosis, que resultaban casi inalcanzables. La única posibilidad era la de una psicoterapia profunda, es decir, *profunda* porque llegara hasta la infancia, no sólo "recordada" sino "revivida", y que esta reviviscencia se realizara mediante la llamada "neurosis de transferencia". Cualquier intento de abreviar esta terapéutica equivalía a una incomprensión de la esencia de la neurosis. Sobre este punto no admitió FREUD concesión alguna. Así como en el infierno del Dante para llegar hasta su más profunda sima había que recorrer todos los círculos, así también en el psicoanálisis

habría que recorrer todas sus etapas. El psicoanálisis tiene que ser prolongado porque exige revivir, no meramente "recordar" un período de la vida, revivirlo por lo menos en sus momentos esenciales.

Podemos por tanto afirmar que ya hemos encontrado un criterio diferencial entre *psicoterapia breve y larga*: en un psicoanálisis es larga por una razón *intrínseca,* porque tiene que recorrer a la inversa un *largo* itinerario, venciendo constantemente obstáculos que técnicamente se denominan "resistencias" (la aceptación del complejo de EDIPO, la del complejo de castración, la primitividad del "super ego", la resistencia del "ello", el instinto de repetición, el principio del placer, el poder del instinto de muerte, y del mismo eros, etc.).

La terapéutica larga tiene pues el mismo significado que psicoterapia *profunda,* en la acepción freudiana de "regresión" al pasado. El psicoanálisis tiene que ser largo, porque, como hemos visto, las raíces de la neurosis están en la infancia y hay que recorrer a la inversa el complicado camino que condujo hasta la producción de los síntomas, o de lo contrario ya no es psicoanálisis.

Vemos que las diferencias que se pueden establecer entre psicoterapia breve y larga se basan en caracteres extrínsecos. Todas las psicoterapias pueden ser largas o cortas, requerir muchas o pocas visitas, durar toda la vida o reducirse a una intervención momentánea. Sólo el psicoanálisis no sólo es largo sino que no puede dejar de serlo.

La razón principal de esta duración hay que buscarla en el conjunto del "sistema" psicoanalítico, principalmente la *hipótesis* de la génesis infantil de las neurosis, la *hipótesis* de la existencia de procesos anímicos inconscientes y sobre todo la *hipótesis* de que la relación psicoterapeuta enfermo es una "transferencia", una repetición de una situación infantil, que ha de ser reconocida y aceptada como tal. El psicoanálisis no sólo tiene que ser largo, sino que debería ser *interminable,* para aquellos pacientes cuyo espíritu crítico les impide negar la evidencia fenoménica de que la relación psicoterapeuta-paciente no es una reproducción de la relación madre-hijo sino otra cosa (*).

III

Veamos ahora en qué puede consistir una psicoterapia breve, una vez excluida la posibilidad de que el psicoanálisis pueda abreviarse, sin renegar de su propia esencia.

(*) Nuestras ideas sobre la esencia a transferencia fueron expuestas en «La Concepción situativa de la transferencia». Ponencia leída en el Congreso de Zurich.

Necesitamos con extrema urgencia una psicoterapia que reúna las siguientes características:

1.º — Que alcance el máximum de eficacia con el mínimum de tiempo y de coste.

2.º — Que no sólo pueda ser empleada por los psiquiatras sino que sea susceptible a ser transferida al médico general —esto significa que la nueva Psicoterapia ha de ser plenamente entendida y manejada por médicos no psiquiatras. No podemos esperar a que el médico general ponga su confianza en una Psicoterapia, que como la psicoanalítica, se declara incapaz de convencer a nadie por otro camino que el de un itinerario interminable. La invocación de la inefabilidad es un argumento evasivo y demasiado cómodo que jalonado por una "experiencia inefable" adormece el poder crítico que ni los propios místicos dejaban de usar aunque lo hicieran parcamente. Por otra parte los místicos eran consecuentes, puesto que es lógico que la experiencia de lo transcendente escape a las limitaciones del lenguaje.

3.º — Una psicoterapia que sea consciente de los límites que tiene, no sólo una determinada técnica, sino la psicoterapia en general. Si sobrevaloramos el poder de la psicoterapia corremos el riesgo de malgastar tiempo y energías en una empresa irrealizable. El médico debe tener una visión realista de los instrumentos que maneja. La psicoterapia médica es un instrumento de transformación anímica de un poder muy inferior a las creencias religiosas o políticas. El procedimiento más rápido de transformar un hombre es transitoriamente por contacto afectivo y duraderamente por religación en grandes movimientos o instituciones colectivas, orientadoras de los valores decisivos de la vida humana. FREUD sabía mejor que nadie, que los recursos que maneja el psicoterapeuta en su gabinete médico son muy inferiores a estas grandes fuerzas colectivas.

Son millones de enfermos que no pueden aguardar que los médicos nos pongamos de acuerdo en discusiones que con frecuencia no resulta injusto calificar de "bizantinas" sobre el freudismo y sus herejías.

Como vamos a ver, en la actualidad no faltan métodos psicoterápicos que reúnan estas condiciones. Podemos clasificarlos en los siguientes apartados: (a) Las técnicas de grupo; (b) El psicodrama; (c) Las terapéuticas inspiradas en la teoría del aprendizaje y en los principios del condicionamiento; (d) Las terapéuticas sofrológicas; (e) La técnica del sueño dirigido; (f(Las psicoterapias derivadas del Psicoanálisis; (g) Las psicoterapias de orientación fenomenológica-existencial; (h) La renovación y profundización de la entrevista. La urgencia con que la Medicina necesita de una Psicoterapia breve sin menguar la eficacia; excede toda hipérbole.

a). — LAS TÉCNICAS DE GRUPO.

La psicoterapia de grupo ha sido una revolución equiparable a la de FREUD. A nuestro juicio no es exagerado decir que existe una tercera revolución psiquiátrica y que ésta ha sido engendrada por la nueva idea del "grupo". Ahora bien, sería limitar o malentender el concepto de grupo, restringirlo a la Medicina. La idea del poder del grupo y la posibilidad de aplicar sus técnicas, es válida para todas las agrupaciones humanas. Las técnicas de grupo pueden ser aplicadas en todos los sectores de las relaciones humanas educacionales, religiosas, laborales, familiares, etc. La psicopatología es sólo un sector de esta vasta esfera. Una concepción introcepción iatrocéntrica de los grupos no es aconsejable.

Al primer pronto sorprende que las técnicas de grupo hayan constituido una revolución psicoterapéutica. Actúan en direcciones antagonistas a la "masificación". Mientras que en la masa la convivencia de varios individuos actúa desfavorablemente, en el grupo lo hacen de forma favorable: mientras la masa degradaba, el grupo enoblece mientras que la acción de la masa en la personalidad es disolvente, la acción del grupo sobre ella es emergente. En un microgrupo en el cual sus participantes no pueden permanecer anónimos y cada uno de ellos se halla en una situación que favorece y exige la comunicación auténtica, se constituye una óptima red comunicativa para la emisión y captación de mensajes. La personalidad encuentra el medio más propio para desenvolverse.

Antes de la *era de los grupos* existía un presentimiento de esta realidad. Hoy, en cambio, ha sido científicamente demostrado. La experiencia de participación de los grupos, T, alcanza muchas veces un matiz religioso. Era inevitable que estas técnicas se emplearan en psicoterapia.

Con seguridad nos acercamos a una época en la cual a todo enfermo con problemas emocionales, se le ofrecerá la oportunidad de participar en el grupo. En nuestros días todavía es prematuro darnos exacta cuenta del valor clínico en forma expresable estadísticamente.

b). — EL PSICODRAMA.

Otra técnica afín a la del grupo, pero que a nuestro juicio tiene una dimensión específica, es la del psicodrama. En la Clínica psiquiátrica Universitaria de Barcelona lo empleamos desde hace años. Tanto en el psicodrama como en el grupo, el escenario de la psicoterapia es distinto de la situación médica tradicional. No se trata de infravalorar las posibilidades del gabinete médico en una situación dual que ya heredamos de Hipócra-

tes, sino de señalar que las dimensiones son distintas: en el Psicodrama hay un espacio para la acción, que se agrega a la mera verbalización.

Pero lo esencial del psicodrama se expresa en la definición que hemos dado en otro lugar: "Una forma de psicoterapia de grupos en la cual, mediante una *mimesis*, se alcanza una *catarsis*, no sólo liberadora sino prospectiva, en la esfera de los papeles" (*).

El psicodrama consta de seis instrumentos: (1) El psicodramatista; (2) El paciente; (3) Los "egos" auxiliares; (4) El grupo; (5) El escenario; y (6) El clima psicológico social. La técnica es muy eficaz bien manejada. La personalidad, conocimientos y habilidad psicoteatral del psicodramatista es *decisiva*. Basándonos en la experiencia de los grupos y del psicodrama sostenemos en nuestra escuela el criterio de que la formación de un psicoterapeuta es incompleta si no ha pasado por estas experiencias amplificantes. Un psicoanálisis didáctico en muchos casos actúa como inhibidor de las cualidades que se han de desplegar en los grupos. Incluso en el mejor de los casos la formación psicoanalítica es insuficiente para el psicodrama.

c). — LAS TERAPÉUTICAS INSPIRADAS EN LA TEORÍA DEL APRENDIZAJE Y EN LOS PRINCIPIOS DEL CONDICIONAMIENTO.

En la actualidad es imposible omitir las técnicas agrupadas bajo el nombre de "terapéuticas por condicionamiento" o de "behaviour therapy". Ninguna de ellas ha surgido directamente del campo de la clínica. En este sentido son la antítesis del psicoanálisis. Las primeras nacieron a raíz de la obra neurofisiológica de PAVLOV; las segundas, de la "Learning theory", elaborada en los laboratorios de psicología experimental por los grandes psicólogos norteamericanos THORNDIKE, HULL, GUTHRIE, MOWRER, SKINNER.

Ya desde años se venían practicando terapéuticas por condicionamiento y descondicionamiento, de inspiración pavloviana. Pero la formulación científicamente más elaborada de estas terapéuticas es la de WOLPE y EYSENCK. WOLPE ha creado un verdadero sistema de *behaviour therapy*. No hay ningún trastorno que no tenga su terapia adecuada dentro de su concepción. Estos autores equiparan la neurosis humana a las neurosis animales y unas y otras a los procesos de aprendizaje que ha estudiado con tanta predilección la psicología experimental americana.

La idea básica de estos autores es la de que la neurosis está constituida exclusivamente por el síntoma. No admiten el concepto de inconsciente y no

(*) La esencia del psicodrama. Ensayo de trilogía psicodramática. Ponencia del Prof. Ramón SARRÓ en el II Congreso Internacional de Psicodrama, Barcelona.

dan especial importancia a la biografía personal. El síntoma es producto de un *error de aprendizaje*. La misión de la psicoterapia es la de desarticular aquellas reacciones erróneas. El hecho de que reacciones anti-adaptativas hayan podido subsistir indefinidamente, no resulta fácil de explicar a primera vista. Según EYSENCK, esto es debido a que al sustraerse el paciente a la situación en la que aparece el estímulo, se evita el descondicionamiento.

Una psicoterapia "conductista" puede considerarse divisible en cinco fases:

PRIMERA. — La obtención de una historia clínica, no de tipo psicoanalítico sino solamente de tipo psiquiátrico clásico. Basta que sea "lege artis".

SEGUNDA. — Eliminar, liquidar o atenuar en lo posible las tensiones ambientales en que vive inmerso el paciente.

TERCERA. — Relajación, por el método de SCHULTZ o de JACOBSON. Esta etapa es decisiva, sin ella no es realizable el descondicionamiento. Se comprende que ha de ser así puesto que el principio básico de WOLPE es el de la "inhibición recíproca". WOLPE lo formula de esta manera: "Si se consigue en presencia de un estímulo provocador de angustia que se instaure una respuesta antagonista a la de la ansiedad, en tal grado que se produzca una supresión de las respuestas angustiosas, el enlace entre aquellos estímulos y la ansiedad quedará debilitado". Esto significa que si conseguimos la inmersión del paciente en un estado de relajación, aun cuando en su horizonte real o sólo mental surjan los estímulos que antes le provocaban terror, éstos determinarán una perturbación menor o incluso nula. Una vez acostumbrado el paciente a modificar sus reacciones en la situación terapéutica experimental, sus resultados serán transferidos a la vida real.

CUARTA. — Jerarquización. Se le pide al paciente que "se imagine situación más perturbadora en el área del síntoma que se pretende combatir". Entre este punto máximo o el cero (ausencia total de ansiedad) se establece una escala. En estos casos da buen resultado para mejor impresionar la imaginación del paciente, hablar de un "termómetro del miedo". Cuidadosamente se establece esta escala con un número variable de peldaños intermedios. En general, estas escalas tienen de cinco a veinticinco peldaños. En la confección de la escala suelen invertirse dos o tres sesiones de entrevista. Una vez en poder de la escala, y puesto el paciente en estado de relajación o incluso de hipnosis se le pide visualice situaciones ansióge-

nas de menos a más. Cada "visualización" o "presentación" debe durar de cinco a diez segundos. Se harán de dos a cuatro presentaciones. Cada peldaño puede presentarse dos o tres veces. Si el paciente experimenta alguna molestia lo advierte y se interrumpe el "ascenso ansiógeno". Siempre se cuida que el paciente salga de la sesión de relajación habiendo tenido éxito en la visualización de un peldaño de la escala liberadora del miedo, aunque sea un peldaño muy inferior.

QUINTA. — Es la desensibilización sistemática en donde tiene lugar el descondicionamiento gradual de las respuestas de ansiedad. Así como un estímulo productor de alergia pierde toda acción cuando el paciente se desensibiliza, igual ocurre con el estímulo productor de angustia. Esta terapéutica, tiene como antecedente más remoto, la reacción fóbica que WATSON produjo en el niño Alberto, a base de hacer coincidir la presentación de un conejito con un ruido estridente.

Aunque estas técnicas sean de creación reciente, los primeros trabajos de WOLPE datan sólo de unos doce años, el método pretende obtener resultados muy superiores a los anteriores. Recopilando todas las estadísticas publicadas hasta la actualidad, EYSENCK los cifra aproximadamente en un 80%. Todos estos pacientes o se habían curado o se habían mejorado ostensiblemente.

Claro está que la psicoterapia breve debe prestar máxima atención a este método de tratamiento. Nuestra experiencia en la Clínica Universitaria de Barcelona es también favorable. No podemos presentar estadísticas comparables a las de EYSENCK pero el número de nuestros casos tratados ya es suficiente para que recomendemos si bien menos calurosamente que EYSENCK su empleo. Las posibilidades de la psicoterapia breve o larga son demasiado modestas para que podamos despreciar ningún tratamiento. Aunque abriguemos duda sobre si su base teórica es "científica" —y así lo pretendo— o una nueva versión de una "mitología cerebral".

La postura de EYSENCK respecto a los psicoanalistas se ha calificado de "agresiva". Lo que en realidad ocurre es que los supuestos teóricos son absolutamente distintos. Mientras la psicoterapia conductista está "centrada en el síntoma", el psicoanálisis está "centrado en la personalidad" como factor libidinoso evolutivo, en parte inconsciente. El psicoanálisis tiene un interés mínimo por el síntoma; la psicoterapia conductista lo tiene máximo. El psicoanálisis espera que la curación del síntoma se dé por añadidura, una vez obtenida la maduración emocional de la personalidad puesto que se reconoce que la mera interpretación del sistema no basta. La psicoterapia conductista no habla ni de madurez emocional ni de inconsciente, todo esto son para ella "conceptos superfluos". El síntoma no es la cúspide que emer-

ge fuera del agua de un iceberg en su mayor parte sumergido. EYSENCK rotundamente niega la teoría de la represión y la del inconsciente. Las neurosis no son más que *errores de aprendizaje*. El tratamiento puede realizarse prescindiendo casi por completo de su personalidad y sobre todo de su historia.

Por tanto, la psicoterapia conductista parte de un punto de vista nuevo, aún más alejado que la psicoterapia de grupo y el psicodrama del pensamiento de FREUD. La concepción de la psicoterapia conductista está concebida *como si* FREUD *no hubiese existido.*

Nosotros recomendamos, como hemos dicho, la utilización de esta Psicoterapia, pero no significa que aceptemos la interpretación teórica de EYSENCK sobre *el origen de los síntomas* y sobre *el proceso de su curación.* El mismo espíritu crítico que hemos recomendado ante el Psicoanálisis debe ser mantenido ante las tesis de WOLPE y de EYSENCK. Es muy probable que la generalización a las neurosis humanas, de conceptos desarrollados a base de la observación de animales, deba considerarse gratuita, en todo caso insuficientemente demostrada. La distancia entre el plano neurofisiológico y el plano psíquico de la neurosis es mucho mayor del que postula EYSENCK cuyas teorías pueden revelarse como una nueva mitología cerebral, que agregan, a la larga lista de que disponíamos.

La principal objeción que desde un punto de vista clínico puede hacerse a estos métodos es extraído de la historia. En las revistas de hipnosis publicadas en las penúltimas décadas del siglo XIX, aparecen comunicaciones numerosas en las que se curan, por sugestión e hipnosis (*), los mismos pacientes en proporción parecida que hoy pretende curar la "behaviour therapy". Hemos dicho "pretende curar", no tenemos inconveniente en rectificar, es probable que cure realmente, pero cura porque el método de los reflejos condicionados es hoy un vehículo más adecuado para la sugestión que la conceptuación hipnológica que empleaban los autores de hace ochenta años.

Aprovechando la circunstancia de que "el hombre masa" cree en la Ciencia —¡con cuánta frecuencia sobrevalora las posibilidades de la psicología!— y cree tanto más en ella si procede de una nación prestigiosa, la invocación del mecanismo en los reflejos condicionados de los principios del aprendizaje, puede ser la mejor vía para penetrar hoy en la esfera que antaño denominaba JANET "del automatismo mental".

Una diferencia básica entre una forma y otra de psicoterapia no existiría a pesar de que estén separadas cerca de un siglo. Entonces se podría

(*) Incluso los Sofrólogos actuales obtienen resultados brillantes en los tratamientos de las neurosis y de las perversiones sexuales.

invocar la categoría de lo maravilloso; hoy invocamos la categoría de lo ultracientífico. Hablamos un lenguaje distinto, acorde con el cambio de la circunstancia histórica, pero esto no significa que se haya modificado la sustancia del hombre. El hombre sigue siendo un "animal sugestionable".

d). — LAS TERAPÉUTICAS SOFROLÓGICAS.

Las vicisitudes de la hipnosis son conocidas. Durante el siglo XIX representó la psicoterapia por excelencia. En cambio, en la primera mitad del siglo XX hemos visto cómo el psicoanálisis se constituye como una reacción contra la hipnosis. La crítica pone de manifiesto las insuficiencias de la hipnosis. FREUD le reprocha que en vez de levantar las represiones las refuerza —nosotros preferimos repetir, como hemos dicho, que es una terapéutica disociante, y que, desde luego, es antagónica a toda psicoterapia que aspira a obtener la curación aumentando la conciencia del hombre sobre sí mismo—, pero esto no significa que sea ineficaz.

Las objeciones a la hipnosis eran especialmente válidas cuando ésta se interpretaba como hacía FREUD tomando como modelo la "orden post-hipnótica"; en estos casos el hipnotizador crea una zona de amnesia dentro de la personalidad que equivale a la producción de un pequeño sistema inconsciente que puede ser germen de una personalidad "segunda" o parcial.

Existe ahora otro modelo en Sofrología que lo emparenta con los ejercicios de relajación autógena. Se puede establecer una gradación desde la hipnosis profunda hasta la mera sugestión, pasando por los métodos de "relajación". El modelo que hoy tenemos de la sofronización se asemeja más al modelo de la relajación que al de la disociación.

La mayoría de las veces, lo que se llama hipnosis, no es más que una relajación acompañada de sugestiones. No llegar a grados profundos no impide en absoluto su eficacia. La *relajación* puede emplearse o bien independientemente o bien asociada a otras terapéuticas. En la actualidad está aumentando su importancia porque es la puerta de entrada para la psicoterapia conductista; el valor de ésta depende como hemos dicho de la perfección con que se maneje la técnica de la relajación.

Si aquí tuviésemos que desarrollar un sistema completo de psicoterapia breve, deberíamos analizar la relación con las técnicas de yoga y examinar hasta qué punto una vía de contacto entre Oriente y Occidente puede establecerse a través de estas técnicas.

Omitimos tratar de esta cuestión porque ya se encuentra suficientemente expuesta y analizada, desde múltiples puntos de vista en muchas de las conferencias que se han leído en este SYMPOSIUM, para más amplia información

remitimos al lector a los trabajos fundamentales de A. CAYCEDO, cuyo libro la "India de los Yoguis" de inminente aparición en castellano nos hemos honrado en prologar.

En pocos años el movimiento Sofrológico iniciado por CAYCEDO en España, ha conquistado un primer puesto en la Psicoterapia Europea. Ha quedado demostrado por los brillantes resultados clínicos, principalmente en el campo de la Medicina Psicosomática, que las terapéuticas sofrológicas no sólo son indispensables para los psiquiatras y psicoterapeutas, sino para todos los médicos.

e). — LA TÉCNICA DEL SUEÑO DIRIGIDO.

El sujeto es invitado a abandonarse a una fantasía. Para facilitarlo, se sustrae al paciente a todo esfuerzo muscular y a toda excitación sonora y luminosa; la posición horizontal es la preferible. Al enfermo se le propone una imagen que sirva de punto de partida. En general se elige una imagen que pueda ser aceptada como atributo del sexo del sujeto, por ejemplo, una espada para el hombre, o un jarrón o un objeto análogo para la mujer. Más tarde se le invita a realizar un ascenso o un descenso en el espacio imaginario. Inicialmente las situaciones son comparables a la vida ordinaria pero cuando se le propone al paciente que descienda más profundamente, v. gr. al fondo del mar, pueden aparecer imágenes más fabulosas como un pulpo; cuando surge esta situación se le pide al paciente que luche para capturarlo.

La técnica se propone dos objetivos: (1) reforzar la actitud a afirmar la personalidad; (2) identificar el tipo de personas que se ocultan bajo el símbolo —en algunos casos. DESOILLE invita a volver al paciente a la superficie con la presa y ésta puede transformarse en una persona determinada. Este tratamiento puede ser un buen complemento para otras técnicas, rara vez será eficaz empleado exclusivamente.

Un antecedente de la técnica podríamos hallarlo en el libro de HERVEY de Saint-Denis "L'ART DE DIRIGER SES REVES".

f). — LAS PSICOTERAPIAS DERIVADAS DEL PSICOANÁLISIS.

Abarca un número elevadísimo de sistemas de psicoterapia. Los grandes heterodoxos, ADLER, JUNG, RANK; las pequeñas heterodoxias FERENCZI, ALEXANDER, SANDOR RADO; las Escuelas neopsicoanalíticas surgidas al trasplantarse a América la doctrina de FREUD; SULLIVAN, que es la personalidad

más independiente y creadora de ellas —a la que apenas puede calificarse de "freudiana", KAREN HORNEY, ERICH FROMM— influido inicialmente por el marxismo, ...también habría que citar los autores que se han significado en la psicología del "ego" como J. H. HARTMANN, KRIS, etc. La lista podría hacerse más larga pero no es necesario para contestar a la pregunta de cuáles de estas técnicas pueden ser adecuadas para una psicoterapia breve.

El criterio es el mismo que ya hemos expuesto para el psicoanálisis, sólo pueden ser utilizadas como psicoterapias breves aquellas en las cuales *el análisis de la transferencia no es el elemento básico.* Enjuiciadas así todas son más breves que el psicoanálisis, en cambio la técnica de Mélanie KEEIN es todavía *más larga* que el psicoanálisis clásico.

Un replanteamiento del psicoanálisis para estudiar sus posibilidades de psicoterapia breve tendrá que partir del primer FREUD, anterior a la fase que él llama "descubrimiento de la transferencia" —en realidad para nosotros la concepción de una hipótesis, y a WILHELM STEKEL.

Desde 1913 STEKEL siguió un camino propio, tratando a los enfermos por períodos que no excedían de dos a cuatro meses. Se anticipó a RANK señalando las ventajas de ponerse de acuerdo con el paciente para fijar un plazo para la terminación del análisis (Terminsetzung). Sus indudables cualidades personales como terapeuta —que según él pretendía, el mismo FREUD le envidiaba—, iban acompañadas de una concepción más artística que científicas del Psicoanálisis. Frente a FREUD valoraba el poder de la intuición. Su resistencia a las concepciones metapsicológicas de FREUD le permitió quedar más próximo a los problemas psicológicos actuales del paciente. La superioridad de sus éxitos respecto a FREUD procedió, a mi juicio, a que su ambición terapéutica se adaptaba a las posibilidades de la realidad y no pretendía preembarcar al paciente en la empresa de transformar de raíz su personalidad sin más recursos que los "verbales". FREUD habría dicho de él que quedaba en un plano sintomático. STEKEL le habría probablemente replicado que FREUD se perdía en un mundo mitológico (hoy sabemos que FREUD no estaba inmune del reproche que dirigía a JUNG; junto a la mitología de los arquetipos puede admitirse una mitología de los instintos).

g) — LAS PSICOTERAPIAS DE ORIENTACIÓN FENOMENOLÓGICA EXISTENCIAL

Este epígrafe sólo es válido de un modo aproximado. Dieter WYSS incluye en el capítulo sobre "Teorías de Psicología profunda de orientación fisiológica" de su conocido libro, a JUNG y a RANK, que nosotros preferimos interpretar como derivados directamente de FREUD. Entre los autores que restan en el capítulo de WYSS figuran los siguientes: Karl JASPERS y Karl

SCHNEIDER, como representantes del concepto de personalidad en psiquiatría; Victor FRANKL e Igor CARUSO: concepción católica de la actual Escuela vienesa; Ludwig BINSWAGER: la analítica existencial; la Fenomenología de E. STRAUSS; id. de Von WEIZSACKER; los que proceden de Martin BUBER; el pensamiento de Hans TRÜB; el pensamiento de WEIZSACKER y algunos más.

Claro está que no podemos dar una exposición de lo que será la psicoterapia breve inspirada en cada uno de estos autores. Sólo podemos dar una impresión de conjunto. El rasgo común es el de que en su mayoría no buscan su camino a través del psicoanálisis sino independientemente de él. Su punto de partida es ajeno al psicoanálisis, aunque posteriormente acaban enfrentándose con él —no podía ser de otro modo.

Otro rasgo común es que todos ellos, cualesquiera que sean sus títulos profesionales, han partido de la filosofía para acceder a la comprensión del enfermo, y de las relaciones que se establecen entre el médico y el enfermo. Buscan su orientación en la que la filosofía ha intentado alcanzar desde siempre sobre el puesto del hombre en el cosmos (en el cosmos predominantemente social). Entre estas corrientes filosóficas las que más les han influido han sido KIERKEGAARD, SCHELLER, HEIDEGGER y HUSSER. Todos aquellos autores son médicos, y siguiendo el ejemplo tradicional de la medicina, que no se interrumpió hasta el advenimiento de FREUD, buscan la ayuda de la filosofía para potenciar su acción médica se inspiran en el principio hipocrático: el médico filósofo es semejante a Dios. Obsérvese bien que se dice "el médico filósofo" ¿Por qué razones la Medicina ha encontrado más auxilio para sus tareas esenciales en la filosofía (especial, pero no exclusivamente, en su vertiente antropofilosófica)? Es cuestión que ahora no podemos analizar detenidamente, esperamos y deseamos que esta situación cambie en el futuro, a medida que la Psicología vaya antropologizándose.

Todos estos autores parten de una crítica de la transferencia. Nosotros dimos la nuestra en 1950 con ocasión del Congreso de Psicoterapia de Zurich. Partiendo de la frase de FREUD "la esencia del psicoanálisis reside en los conceptos de transferencia y resistencia", realizábamos un análisis cuya conclusión era la de que el concepto de transferencia no capta la realidad esencial del acontecer entre enfermo y médico. Por caminos distintos, la mayoría de autores citados llegan a conclusiones semejantes. La diferencia entre su punto de vista y el nuestro, es que no analizan los factores actuales —no pretéritos— responsables de que se produzca —prácticamente siempre— la transferencia en la situación analítica. Nosotros creemos haber dado una respuesta a esta pregunta. En este aspecto, nuestros trabajos tienen puntos de coincidencia con los de Ida MACALPINE.

Estos autores procuran comprender la relación enfermo-médico como un caso particular de las relaciones interhumanas, duales, cuya culminación constituye un concepto de "encuentro". Cada uno emplea su propia terminología: BUBER y su discípulo TRÜB "encuentro" ("BEGEGNUNG"), en cambio Von WEIZSACKER prefiere hablar de: "trato" o "comercio" ("UMGANG").

La aportación más importante entre todos ellos a la psicoterapia es la de VON WEIZSACKER porque propone una teoría de la personalidad, mejor dicho, de la situación vital del enfermo en el mundo y de su relación con el médico, que es radicalmente distinta de la de FREUD. En otro lugar realizaremos un análisis de estas cuestiones. Para nuestros fines basta decir que una psicoterapia breve puede basarse en todas ellas. En cierto sentido con mayor facilidad que en las escuelas psicoanalíticas, puesto que no requieren la aceptación del concepto de neurosis de transferencia, en otro, menos, puesto que en el psicoanálisis está integrada una mayor experiencia clínica que en las concepciones a que nos referimos.

h. — LA RENOVACIÓN Y PROFUNDIZACIÓN DE LA ENTREVISTA

La idea que queremos expresar se comprenderá más claramente aplicando a la concepción de la entrevista la teoría de Victor von WEIZSACKER sobre "la teoría de la unidad, de la percepción y del movimiento". Es un error interpretar la entrevista como situación puramente diagnóstica; en realidad es una situación que "SIMULTÁNEAMENTE" *es diagnóstica y terapéutica*. Cada pregunta que dirige el médico al paciente es al propio tiempo un acto psicoterápico que puede limitarse a una simple sugestión o abrir el camino a una revelación existencial. Así como la percepción de una mariposa puede equipararse a una puerta giratoria en la cual dan vueltas simultáneamente todos sus compartimientos, y estoy a un tiempo en la percepción y en el movimiento, aunque me doy cuenta más fácilmente de lo primero que de lo segundo, así también en la entrevista gira simultáneamente lo diagnóstico y lo terapéutico.

El desarrollo de esta idea nos lleva a admitir que cuanto más potente sea la intención diagnóstica tanto mayor será su eficacia terapéutica y, recíprocamente. Se trata de que la entrevista esté animada, no sólo de las mejores intenciones —que esto ya se presupone— sino de las más profundas intenciones. Cuanto más rica en dimensiones sea la entrevista y cuanto más profundas sean éstas, tanto mayor será la repercusión sobre el individuo.

No es de ningún modo asombroso que un paciente salga de una entrevista curado. El médico y el enfermo pueden tener la impresión de que

no han entrado en la situación propiamente terapéutica, en realidad es una ilusión. El médico le ha tratado hondamente aún sin proponérselo explícitamente. El paciente puede no sentir gratitud por el médico ni el médico derecho a ella, pero no obstante se ha realizado una decisiva conjunción terapéutica.

Ya hemos dicho que si FREUD se ha convertido en una figura significativa para todos los hombres de una época, esto es debido no al número insignificante de enfermos tratados con psicoanálisis ortodoxo, sino a la influencia difusa sobre los médicos y enfermos. Uno de los grandes méritos de FREUD, posiblemente el máximo, es haber sido uno de los grandes creadores de la entrevista médica; a partir de él empezó a desplegarse, y este proceso continúa.

En la obra de ROGERS, en los análisis configuradores de lo que ocurre en los "grupos T", sigue desarrollándose el proceso de profundización de lo que ocurre en la entrevista.

BIBLIOGRAFÍA

ABREZOL, R., y DUMONT, A.: *Introduction a la Sophrologie.* "La Clinique: la revue du médecin praticien." Ginebra, 1968.
— y DUMONT, A.: *Cours de Sophrologie, 1.er Degré.* Lausana, Ginebra, 1968.
— *La Sophrologie au service de la médecine dentaire.* "Rev. Mens. suisse Odonto-stomatol.", 1966.
— *Les implants-aiguilles et la Sophrologie.* Lausana, 1968.
ADRIÁN, E. D.: *La base de la sensation.* Espasa-Calpe. Madrid, 1947.
AGAS-MONIZ, E.: *El Abate Faria en la historia de la hipnosis.* Editorial Poblet. Buenos Aires, 1960.
AKSTEIN, D.: *Psicofisiología de la inducción hipnótica.* "Rev. Lat. Amer. de Hip. Clin.", vol. II, núm. 3. Buenos Aires, 1961.
— *Los trances Cinéticos en el tratamiento y Profilaxis de Psiconeurosis y enfermedades Psicosomáticas.* "Rev. Ibero Amer. de Sofrología", vol. IV, núm. 4. Buenos Aires, 1967.
ALEXANDER, L.: *Tratamiento de las enfermedades mentales.* Editorial Médico Quirúrgica. Buenos Aires, 1956.
ANANDANANDA SWAMI, y VARANDANI, N. L.: *Yoga and Disease with special reference to diabetes mellitus.* Jaipur, 1966.
ARIAS BLANCO, U.: *El impacto de la Sofrología en nuestra especialidad.* "Rev. Esp. de Estomatología." Barcelona, 1962.
— *Estado sofrónico y sistema reticular.* "Rev. Esp. de Estomatología." Barcelona.
ASTRADA, C.: *Fenomenología y Praxis.* Ediciones Siglo Veinte. Buenos Aires, 1967.
BARRAQUER-BORDAS, L.: *Neurología Fundamental.* Ediciones Toray. Barcelona, 1968.
BARRUCAND, D.: *Histoire de l'Hypnose en France.* "Bibliothèque de Psychiatrie. Presses Universitaires de France." París, 1967.
BENOIT, H.: *La doctrine Suprême selon la pensée Zen.* "Le Courrier du livre." París, 1967.
BINSWANGER, L.: *Psiquiatría existencial.* Editorial Universitaria. Santiago, 1962.
— *Probleme der Allgemeinen Psychologie.* Springer. Berlín, 1922.
— *Ueber Phänomenologie.* En "Zeitschrift f.d. G.N. und P.", 1923.
— *Le rêve et l'existence.* Desclée de Brouwer. París, 1954.
— *Le cas de Suzanne Urban.* Desclée de Brouwer. París, 1957.
— *Grundformen und Erkenntnis Menschlichen Daseins.* Ernst Reinhard Verlag. Munich, 1962.
— *Drei Formen Missglückten Daseins.* Max Niemeyer Verlag. Tubinga, 1956.
BERGSON, H.: *Ensayos sobre los datos inmediatos de la conciencia.* García. Montevideo, 1944.
BLAY, A.: *Relajación y energía.* Editorial Jims. Barcelona, 1968.
BOSS, M.: *Psicoanálisis y analítica existencial.* Editorial Científico Médica. Barcelona, 1958.

BRAID, J.: *Neurohipnología o la razón del sueño nervioso.* Editorial Poblet. Buenos Aires, 1960.

BUMKE, O.: *Nuevo tratado de enfermedades mentales.* F. Seix Editor. Barcelona, 1946.

CASTRO REY, M. A.: *Manual de Psiquiatría forense y reflexología.* Sociedad Bogotana de Sofrología y Medicina Psicosomática. Bogotá, 1967.

CAYCEDO, A.: *La Sofrología Médica. Su aplicación a la odontología.* "Rev. Esp. de Estomatología." Barcelona, 1961.

— *Hacia un estudio fenomenológico de la Hipnosis Clínica, las Técnicas de Relajación y Estados afines.* "Rev. Lat. Amer. de Hip. Clín.", vol. III, núm. 1. Buenos Aires, 1962.

— *El problema terminológico en la Fenomenología de los llamados estados hipnóticos y Técnicas de Relajación.* "Rev. Lat. Amer. de Hip. Clín.", vol. III, núm. 2. Buenos Aires, 11962.

— *Mensaje Sofrológico.* "Rev. Lat. Amer. de Hip. Clín.", vol. IV, núm. 1. Buenos Aires, 1963.

— *Sophrology and Psychosomatic Medicine.* "The American Journal of Clinical Hypnosis." Arizona, 1964.

— *Relajación, Hipnosis, Yoga, Zen, Fenómenos Unitarios.* "Rev. Ibero Americana de Sofrología." Buenos Aires, 1965.

— *Letters of Silence.* Bhawani and Sons. Nueva Delhi (India), 1966.

— *India of Yogis.* National Publishing House. Nueva Delhi (India), 1966.

— *Sophrology, a new Scientific School.* Inauguración del Indian Sophrotherapy Hospital. Nueva Delhi, 1966.

— *Sofrología.* Comunicación al 1.er Congreso Argentino de Sofrología. Buenos Aires. 26-30 noviembre 1967.

— *Lettre au Premier Congrès National Français de Sophrologie.* Arcachon, 1967.

— *Considerations sur la Sophrologie, ses fondements et ses structures.* Conferencia pronunciada en la inauguración del II Congreso Francés de Sofrología. Versalles, 1968.

CERDÁ, E.: *Una psicología de hoy.* Editorial Herder. Barcelona, 1965.

COCHARD, J.: *La Sophrologie etudie les divers états de conscience.* "Tribune Médicale." París, 1968.

COCHET-DENIAU, M.: *Le language symbolique dans la relation sophronique.* II Congrès de la Société Française de Sophrologie. Versalles, 1968.

— *Créativité et moi corporel imaginaire.* Communication au colloque de la Société de Recherches Psychothérapiques de langue française. París, 1968.

CORAZZI, E.: *Hipnosis en el tratamiento de los trastornos de la conducta en la infancia y la adolescencia.* "Rev. Lat. Amer. de Hip. Clín.", vol. II, núm. 4. Buenos Aires 1962.

COTERÓN, J. M.: *El Médico ante la Sofrología.* "Rev. Esp. de Sofrología y Medicina Psicosomática." Madrid, 1968.

COUE, E.: *La maitrise de soi-même.* Editions Oliven. París, 1962.

CROSA, J.: *Técnicas Autosofrónicas y entrenamiento Autógeno.* "Rev. Ibero Amer. de Sofrología", vol. IV, núm. 3. Buenos Aires, 1966.

CHAKRAVARTI, C.: *The Tantras studies on their religion and literature.* Punthi Pustak. Calcuta (India), 1963.

CHANDEROT, A.: *Compte rendu de la réunion de la S.O.F.R.A.S. du 26 novembre 1968.* "Le Chirurgien-dentiste de France." París, 1968.

CHERCHEVE, R.: *Glossaire d'équivalence en Sophrologie.* "L'Information Dentaire." París, 1968.

CHERTOK,, L. y LANGEN, KRETSCHMER y SHULTZ: La Relajación. Editorial Científico Médica. Madrid, 1960.

— *L'hypnose*. Masson et Cie. Editeurs. París, 1963.
— *Los métodos psicosomáticos del parto sin dolor*. Editorial Cultura clásica y moderna. Madrid, 1958.
DELAY, J.: *La psicofisiología humana*. Paidos. Buenos Aires, 1959.
DESHAIES, G.: *La esencia de la filosofía* "Filosofía y letras." México, 1944.
DESOILLE, R.: *Théorie et pratique du Réve Eveillé dirigé*. Editions du Mont-Blanc. Ginebra, 1961.
DILTHEY, W.: *Introducción a las ciencias del espíritu*. Fondo de cultura económica. México, 1949.
— *La esencia de la filosofía*. Losada. Buenos Aires, 1952.
— *Meditaciones metafísicas*. Aguilar. Madrid, 1959.
— *Le monde de l'esprit* (2 vols.). Aubier. París, 1947.
DODDS, E. R.: *The Greeks and the Irrational*. Berkeley and. Los Ángeles, 1951.
DURÁN LÓPEZ, J.: *Tratamiento sofrónico de los síndromes psicosomáticos digestivos*. "Rev. Española de Sofrología y Medicina Psicosomática." Madrid, 1968.
DURAND DE BOUSINGEN, R.: *La Relajación*. Editorial Vergara. Barcelona, 1967.
— *La relaxation: Dialectique de l'experience corporelle. Considérations structurales et conséquences techniques*. "Rev. de Méd. Psychosomatique et de Psychologie médicale." Editions Privat. Toulouse, 1968.
— *Considérations sur la structure du language dans l'expérience véçue à travers le training autogène*. "Rev. de Mé. Psychosomatique et de Psychologie médicale." Editions Privat. Toulouse, 1968.
— PIERRE GEISSMANN, J.: *Les methodes de relaxation*. Dessart. Bruselas, 1968.
ERICKSON, M. H.: *Nota histórica sobre la levitación de la mano y otras técnicas ideomotrices*. "Rev. Lat. Amer. de Hip. Clín.", vol. II, núm. 1. Buenos Aires, 1961.
— *Ciertos principios en la Hipnosis Médica*. "Rev. Lat. Amer. de Hip. Clín.", vol II, núm. 2. Buenos Aires, 1961.
— *Analytical Techniques in Hypnosis*. "Rev. Lat. Amer. de Hip. Clín.", vol. I, núm. 3. Buenos Aires, 1960.
— *Hipnoterapia pediátrica*. "Rev. Lat. Amer. de Hip. Clín.", vol. I, núm. 3. Buenos Aires, 1960.
ERMENTINI, A.: *Psicología Clínica y Técnicas de Relajación*. "Rev. Ibero Amer. de Sofrología", vol. IV, núm. 3. Buenos Aires, 1966.
EY, H.: BERNARD, P., y BRISSET, CH.: *Tratado de Psiquiatría*. Toray-Masson, S. A. Barcelona, 1965.
— *La conciencia*. Editorial Gredos. Madrid, 1967.
— *Études psychiatriques*. Desclée de Brouwer. París, 1952.
FESTUGIERE, A. J.: *Contemplation et Vie Contemplative selon Platón*. París, 1936.
FLASHAR, H.: *Die Medizinischen Grunlagen der Lehre von der Wirkung in der Griechischen Poetik*. Hermes, 1956.
FRANK, H.: *Cibernética*. Ediciones Zeus. Barcelona, 1966.
FRANKL, V. E.: *Psicoanálisis y existencialismo*. Fondo de Cultura Económica. México, 1950.
— *Teoría y Terapia de las Neurosis*. Editorial Gredos. Madrid, 1964.
— *La psicoterapia en la práctica médica*. Plantin. Buenos Aires, 1955.
FRETIGNY, R., y VIREL, A.: *L'Imagerie Mentale*. Editions du Mont-Blanc. Ginebra, 1968.
FREUD, S.: *Esquema del Psicoanálisis*. Editorial Nova. Buenos Aires, 1952.
GABAI, M.: *Psycho-sophrologie et musique*. "L'Information Dentaire." París, 1968.
GARCÍA ANDRADE, J.: *Fenomenología del estado sofrónico*. "Rev. Esp. de Sofrología." Madrid, 1968.

GARCÍA VICENTE, L.: *Revisión de dos años en el empleo de la Sofrología Odontoestomatológica.* "Rev. Lat. Amer. de Hip. Clín.", vol. III, núm. 2. Buenos Aires, 1962.
GARFINKEL, M.: *Hipnoterapia en Odontología.* "Rev. Lat. Amer. de Hip. Clín.", vol. I, núm. 1. Buenos Aires, 1959.
GAY, F.: *Notes sur les rélations chirurgien-dentiste-patient.* "Le Chirurgien-dentiste de France", 1968.
GEMELLI, F., y ZUNINI, G.: *Introducción a la Psicología.* Luis Miracle, editor. Barcelona, 1955.
GRANONE, F.: *Memoria y estados de conciencia.* "Rev. Ibero Amer. de Sofrología", volumen IV, núm. 3. Buenos Aires, 1966.
— *¿Qué piensan los psicoanalistas del hipnotismo?* "Rev. Ibero Amer. de Sofrología", vol. IV, núm. 3. Buenos Aires, 1966.
— *El Estado de conciencia en hipnosis.* "Rev. Lat. Amer. de Hip. Clín.", vol. III, número 2. Buenos Aires, 1962.
GUBEL, I.: *Psicoterapia e Hipnosis.* "Acta Hipnológica Lat. Amer.", tomo II, núm. 2. Buenos Aires, 1961.
— *Sofrología.* "Rev. Ibero Amer. de Sofrología", vol. IV, núm. 4. Buenos Aires, 1967.
— *Drogas alucinógenas e hipnosis en psicoterapia.* "Rev. Lat. Amer. de Hip. Clín.", vol. II, núm. 2. Buenos Aires, 1961.
— *Técnicas analíticas en hipnosis.* "Rev. Lat. Amer. de Hip. Clín.", vol. I, núm. 3. Buenos Aires, 1960.
— y LOEW, V.: *Influencias de las emociones sobre la memoria.* "Rev. Lat. Amer. de Hip. Clín.", vol. III, núm. 4. Buenos Aires, 1963.
GUIÑAZU, S.: *Relajación de Schultz e iontoforesis cálcica transcerebral.* "Acta Hipnológica Latino Americana", tomo I, núm. 4. Buenos Aires, 1960.
HEGEL, G. W. F.: *Phénoménologie de l'esprit.* Aubier. París, 1945.
— *Ciencias de la lógica.* Hachette. Buenos Aires, 1948.
— *Introducción a la historia de la filosofía.* Aguilar. Madrid, 1956.
HEIDDEGGER, M.: *De la experiencia del pensar.* "Cuadernos Hispanoamericanos." Madrid, 1954.
— *Kant y el problema de la metafísica.* Fondo de Cultura económica. México, 1954.
— *¿Qué es la metafísica?* Versión de XAVIER ZUBIRI. Alpe. Buenos Aires, 1955.
— *El ser y el tiempo.* Fondo de Cultura económica. México, 1951.
— *De l'essence de la vérité.* Nauwelaerts. París, 1948.
— *Sobre la cuestión del ser.* "Revista de Occidente." Madrid, 1958.
HORWAI, I., y HOSKOVEC: *El problema de la así llamada Regresión Vivencial hipnótica.* "Rev. Lat. Amer. de Hip. Clín.", vol. III, núm. 4. Buenos Aires, 1963.
HUMPHREYS, C.: *Budismo Zen.* Compañía General Fabril Editora. Buenos Aires, 1962.
HUSSERL, E.: *Fenomenología de la conciencia del tiempo inmanente.* Nova. Buenos Aires, 1962.
— *La filosofía como ciencia estética.* Nova. Buenos Aires, 1962.
— *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica.* Fondo de Cultura económica. México, 1962.
— *Idées directrices pour une Phénoménologie.* Gallimard. París, 1950.
— *Fenomenología de la conciencia del tiempo inmanente.* Editorial Nova. Buenos Aires, 1959.
ISASI, A.: *Dos casos de sofronización en sordomudos.* "Rev. Lat. Amer. de Hip. Clín.", vol. III, núm. 2. Buenos Aires, 1962.
— *Conclusiones de nuestra experiencia sofrónica en odontoestomatología.* "Rev. Ibero Americana de Sofrología", vol. IV, núm. 4. Buenos Aires, 1967.

— *Nuestra experiencia en estomatología sofrónica.* V Reunión Europea de Medicina Psicosomática. Madrid, 1962.
— *La relaxation dynamique du professeur Caycedo.* Barcelona, 1968.
ISASI, E.: *El polimorfismo de las vivencias en Sofrología, su fuerza, nuestra iniciativa.* "Rev. Lat. Amer. de Hip. Clín.", vol. III, núm. 3. Buenos Aires, 1963.
JACOBS, H.: *Sagesse Orientales et Psychothérapie Occidentale.* Payot. París, 1964.
JACOBSON, E.: *Relajación para el parto sin dolor.* Compañía General Fabril Editora. Buenos Aires, 1961.
— *Aprenda a relajarse.* Compañía General Fabril Editora. Buenos Aires, 1961.
JASPERS, K.: *Esencia y crítica de la psicoterapia.* Compañía General Fabril Editora. Buenos Aires, 1959.
— *Ambiente espiritual de nuestro tiempo.* Labor. Barcelona.
— *Esencia y crítica de la psicoterapia.* Compañía General Fabril Editora. Buenos Aires, 1959.
— *Filosofía de la existencia.* Aguilar. Madrid, 1958.
— *Genio y locura.* Aguilar. Madrid, 1955.
— *Psicopatología general.* Beta. Buenos Aires, 1950.
— *Razón y existencia.* Nova. Buenos Aires, 1959.
JORES, A.: *Curso de Patología y Terapéutica Psicosomáticas.* Editorial Scientia. Barcelona, 1961.
KIERKEGAARD, S.: *El concepto de la angustia.* Espasa-Calpe. Buenos Aires, Argentina, 1952.
— *Estética y ética en la formación de la personalidad.* Nova. Buenos Aires, 1955.
— *Fragmentos filosóficos.* Casa Unida de Publicaciones. Buenos Aires, 1956.
— *Temor y temblor.* Losada. Buenos Aires, 1958.
KLINE, M.: *Freud y la hipnosis.* Editorial Psique. Buenos Aires, 1961.
KOUO, M.: *K'iu Yuan.* Gallimard. París, 1957.
KRETSCHMER, E.: *Psicología Médica.* Editorial Labor. Barcelona, 1957.
— *Técnica de la hipnosis activa gradual.* "Rev. Ibero Amer. de Sofrología", vol. IV, núm. 4. Buenos Aires, 1967.
LARREA, R., y CHICOTE, R.: *Contenidos de conciencia y neurofisiología. Vivencias sugeridas en estado sofrónico y sus efectos sobre el E.E.G.* Medicamenta. Madrid, enero 1969.
LAÍN ENTRALGO, P.: *Estudios de Historia de la Medicina y de Antropología Médica.* Escorial. Madrid, 1943.
— *La curación por la palabra.* "Revista de Occidente." Madrid, 1958.
— *La relación médico-enfermo.* "Revista de Occidente." Madrid, 1964.
LANGE, J., y BOSTROEM, A.: *Psiquiatría.* Editorial Miguel Servet. Barcelona, 1942.
LAW WHITE, L.: *El inconsciente antes de Freud.* Editorial Joaquín Mortiz. México, 1967.
LEBEDINSKI, PLATONOV y otros: *Problemas de Psicoterapia.* Editorial Quetzal. Buenos Aires, 1962.
LEMAIRE, J. G.: *La relaxation.* "Petite Bibliothèque." Payot. París, 1964.
LERNER, M.: *Uso de la hipnosis en psicoterapia.* "Acta Hipnológica Latinoamericana", tomo I, núm. 2. Buenos Aires, 1960.
— *Teoría de la psicoplasia acrecentada por concentración total de la mente.* "Acta Hipnológica Latinoamericana", tomo II, núm. 2. Buenos Aires, 1961.
LERSCH, P.: *La Estructura de la personalidad.* Editorial Scientia. Barcelona, 1962.
— *Psicología social.* Editorial Scientia. Barcelona, 1967.
LEWINSON, B. W.: *Cambios electroencefalográficos durante la Regresión.* "Rev. Lat. Amer. de Hip. Clín.", vol. II, núm. 4. Buenos Aires, 1962.

LINSSEN, R.: *Essais sur le bouddhisme et sur le Zen en particulier.* La Colombe. París, 1960.
LÓPEZ IBOR, J. J.: *La angustia vital.* Editorial Paz Montalvo. Madrid, 1950.
— *Lecciones de psicología médica.* Vol. I. Editorial Paz Montalvo. Madrid, 1963.
— *Lecciones de psicología médica.* Vol. II. Editorial Paz Montalvo. Madrid, 1964.
— *La Agonía del psicoanálisis.* Espasa-Calpe. Madrid, 1961.
— *Las neurosis como enfermedades del ánimo.* Editorial Gredos. Madrid, 1966.
LUTHE, W.: *Entrenamiento autógeno.* "Rev. Lat. Amer. de Hip. Clín.", vol. III, núm. 2. Buenos Aires, 1962.
LLOPIS, P. A.: *Conference sur la Sophrologie faite à Pau.* Francia, 1967.
MONTSERRAT ESTEVE, S.: *Historia de la hipnosis en España.* "Revista de Psiquiatría y Psicología Médica." Barcelona, 1964.
— *Medicina Psicosomática, neurosis y psicopatías.* "Patología y Clínica Médicas." Salvat. Barcelona, 1960.
— y STOKVIS: *Tratado de Hipnosis. Introducción a la Sofrología.* Editorial Scientia. Barcelona, 1967.
MOULINIER, L.: *Le pur et l'impur dans la pensée des grecs d'Homère à Aristote.* París, 1962.
MULLER, J.: *Los fenómenos fantásticos de la visión.* Espasa-Calpe. Madrid, 1946.
ODIER, C.: *La angustia y el pensamiento mágico.* Fondo de Cultura económica. México, 1961.
ONIANS, R. B.: *The Origins of European Yhaought.* Cambridge, 1954.
ORTON, J. L.: *Auto Suggestion How to master it.* Taraporevala Sons. Bombay, 1959.
PANDIT, M. P.: *Studies in the tantras and the Veda.* Ganesh and Co. Madrás, 1964.
— *The Upanishads, Gateways of Knowledge.* Ganesh and Co. Madrás, 1960.
PARENTI, F., y FIORENZOLA, F.: *Sueño, Hipnosis y Sugestión.* Ediciones Troquel. Buenos Aires, 1965.
PARKYN, H. A.: *Terapéutica sugestiva e hipnotismo.* Editorial Beta. Buenos Aires, 1961.
PATANJALI: *Yoga Sutras.* Susil Cupta. Calcuta (India).
PAVLOV, I.: *El sueño y la hipnosis.* Editorial Martínez de Murguía. Buenos Aires, 1959.
PEDRO PONS, A.: *Patología y clínica médicas.* Editorial Salvat. Barcelona, 1959, 1960 y 1968.
PERETTI, P. P.: *Studi sulla psicologia dello Zen.* "Rassegna di ipnosi e medicina psicosomatica." 1968.
PETROV, P.: *Résultats de la préparation sophrologique de 54 enfants du jardin d'enfants soignés pour des affections stomatologiques.* Sofía (Bulgaria), 1967.
PLATÓN: *Apología de Sócrates. Diálogos.* El Ateneo. Buenos Aires, 1955.
— *Obras completas de Platón.* Anaconda. Buenos Aires, 1946.
PREM KRISHNA: *The Yoga of the Bhagavad Gita.* John M. Walkins. Londres, 1958.
RHINE, J. B.: *El nuevo mundo de la mente.* Editorial Paidos. Buenos Aires, 1962.
— *El alcance de la mente.* Editorial Paidos. Buenos Aires, 1961.
ROJO SIERRA, M.: *El renacimiento del concepto de conciencia en la psiquiatría de hoy.* "Folia Neuropsiquiátrica." Granada, 1967 y siguientes.
SÁNCHEZ HERRERO, A.: *El hipnotismo y la sugestión.* Hijos de J. Pastor. Valladolid, 1889.
SARRÓ, R.: *Enfermedades mentales.* "Patología y Clínica Médicas." Salvat. Barcelona, 1960.
— *Prólogo a "Psiquiatría"*, de LANGE. Editorial Miguel Servet. Barcelona, 1942.
— *Prólogo al libro "La India de los Yoguis"*, de A. CAYCEDO. Editorial Scientia. Barcelona, 1969.

— *Prólogo al libro "Nuevo tratado de enfermedades mentales"*, de O. BUMKE. Seix Editor. Barcelona, 1946.
— *El sistema mecánico-antropológico de José Letamendi.* Discurso de ingreso a la Real Academia de Medicina de Barcelona, 7 de julio de 1963.
SARTRE, J. P.: *Esbozo de una teoría de las emociones.* Universidad Nacional. Córdoba, 1959.
— *L'imagination.* "Presses Universitaires de France." París, 1948.
— *El ser y la nada.* Ibero Americana. Buenos Aires, 1954.
SCHELSKY, H.: *El hombre en la civilización científica y otros ensayos.* Sur. Buenos Aires, 1967.
SCHNEIDER, K.: *Patopsicología Clínica.* Editorial Paz Montalvo. Madrid, 1951.
— *Patopsicología Clínica.* Editorial Paz Montalvo. Madrid, 1962.
SCHULTZ, J. H.: *El entrenamiento autógeno, autorrelajación centrativa.* Editorial Científico Médica. Barcelona, 1954.
— *Le training autogène.* "Presses Universitaires de France." París, 1960.
— *Entrenamiento autógeno.* "Rev. Lat. Amer. de Hip. Clín.", vol. I, núm. 2. Buenos Aires, 1960.
— *Técnica de la hipnosis.* Librería Vázquez. Buenos Aires, 1960.
SIVANANDA SWAMI: *Srimad Bhagavad Gita.* The Divine Life Society. Rishikesh (Himalaya), 1957.
SLUCHEVSKI, I. F.: *Psiquiatría.* Editorial Grijalbo. México, 1960.
SRINIVASA, A.: *The Yoga Upanishads.* The Adyar Library. Madrás, 1952.
STOKVIS, B., y MONTSERRAT ESTEVE, S.: *Tratado de hipnosis. Introducción a la Sofrología.* Editorial Scientia. Barcelona, 1967.
— *La hipnosis como un método y principio de investigación acerca de los fundamentos psicosomáticos.* "Rev. Lat. Amer. de Hip. Clín.", vol. II, núm. 1. Buenos Aires, 1961.
SURÓS, S.: *Impresiones del Sujeto artista realizando su obra en estado sofrónico.* "Rev. Lat. Amer. de Hip. Clín.", vol. III, núm. 2. Buenos Aires, 1962.
SUZUKI, D. T., y FROMM, E.: *Zen Buddhism and Psychoanalisis.* Harper and Brother. Nueva York, 1960.
VALLEJO NÁJERA, J. A.: *Introducción a la psiquiatría.* Editorial Científico Médica. Barcelona, 1968.
VEHI, J.: *Impresiones sobre un cursillo de cibernética.* "Anales de Medicina." Barcelona, 1966.
VINOBA BHAVE: *Talks on the Gita.* George Allen and Unwin Ltd. Londres, 1960.
WATTS, A. W.: *La suprema identidad.* Editorial Sudamericana. Buenos Aires, 1961.
WEITZENHOFFER, A.: *Hypnose et suggestion.* Payot. París, 1967.
WEIZSACKER, VON V.: *El hombre enfermo.* Luis Miracle Editor. Barcelona, 1956.
— *Problemas clínicos de medicina psicosomática.* Editorial Pubul. Barcelona, 1946.
WHITAKER, C. A., y MALONE, T. P.: *Las raíces de la psicoterapia.* Editorial Labor. Barcelona, 1967.
WOLLMAN, L.: *Técnica de gravitación para inducción hipnótica. (Método rápido del brazo pesado.)* "Rev. Lat. Amer. de Hip. Clín.", vol. III, núm. 2. Buenos Aires, 1963.
YOSHIYUKI KOGA: *La terapia del Prof. Morita.* "Rassegna di ipnosi e medicina psicosomatica." 1968.

ÍNDICE

Pág.

NOTA DE LOS EDITORES 9

PRÓLOGO

LA SOFROLOGÍA, *por el Profesor A. Pedro Pons* 11

I

INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO DE LA CONCIENCIA EN SOFROLOGÍA

INTRODUCCIÓN A LA SOFROLOGÍA. Criterios frente a los antiguos conceptos de magnetismo y el hipnotismo. *A. Caycedo* 17

BREVE RESEÑA HISTÓRICA DE LA SOFROLOGÍA EN ESPAÑA. Su desarrollo como escuela científica. *A. Isasi* 27

LA SOFROLOGÍA Y EL ESTUDIO DE LA CONCIENCIA HUMANA. El concepto de niveles y estados de la conciencia como hipótesis de trabajo en Sofrología. *A. Caycedo* 39

MODIFICACIONES DE LOS NIVELES Y ESTADOS DE LA CONCIENCIA MEDIANTE LA ACCIÓN FARMACOLÓGICA. *F. Pallardo* 51

REGULACIÓN CIBERNÉTICA DE LOS NIVELES DE CONCIENCIA. *S. Montserrat-Esteve* 75

LA CONCIENCIA VIGIL, EL SUEÑO, LOS SUEÑOS Y LA MEMORIA. Revisión de los conocimientos neurofisiológicos de interés sofrológico. *L. Barraquer-Bordas* 87

CONCEPTOS ACTUALES ACERCA DE LA CONCIENCIA. *J. Obiols* 101

II

LA RELAJACIÓN DE SCHULTZ Y NUESTRO MÉTODO DE RELAJACIÓN DINÁMICA

MÉTODOS DE RELAJACIÓN. El entrenamiento autógeno de Schultz y la relajación dinámica. *A. Caycedo* 113

LA RELAJACIÓN DE SCHULTZ DURANTE EL ESTADO SOFRÓNICO. *A. Caycedo* . 139

Pág.

BASES NEUROFISIOLÓGICAS DE LA RELAJACIÓN ESTÁTICA Y DE LA RELAJACIÓN DINÁMICA DE CAYCEDO. *R. Puncernau* 149
MODIFICACIONES DEL TONO MUSCULAR EN EL CURSO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO. *A. Rego* 163

III
SUGESTIÓN Y "TERPNOS LOGOS"

LA SOFROLOGÍA Y EL CONCEPTO DE SUGESTIÓN. *A. Caycedo* 173
EL "TERPNOS LOGOS". Mecanismos neurofisiológicos de la acción verbal sobre la conciencia. *R. Puncernau* 185

IV
LA SOFROTERAPIA EN *a)* Obstetricia y Ginecología *b)* Odontoestomatología *c)* Neurología *d)* Pediatría *e)* Medicina interna

LA SOFROTERAPIA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. *J. M. Dexeus* . . 203
EL PARTO SIN DOLOR. Técnicas de Sofroanalgesia. *E. Vallejo* . . . 211
LA SOFROTERAPIA EN ESTOMATOLOGÍA. *U. Arias* 233
DOLOR, SOFROLOGÍA Y TRANSCENDENCIA. *L. García-Vicente* 249
LA SOFROTERAPIA EN NEUROLOGÍA. *R. Puncernau* 263
SOFROTERAPIA EN PEDIATRÍA. Casos clínicos. *G. Teruel* y *A. G. de Teruel* 281
CONSIDERACIONES ACERCA DE LA SOFROLOGÍA EN MEDICINA INTERNA. *J. Durán* 293

V
RELACIÓN DE LA SOFROTERAPIA CON LA TERAPÉUTICA CONDUCTISTA Y CON EL ESTRUCTURALISMO

"BEHAVIOUR THERAPY" (TERAPÉUTICA CONDUCTISTA) Y SU RELACIÓN CON LA SOFROLOGÍA. *J. Masana* 309
ESTRUCTURALISMO Y SOFROLOGÍA. *F. Cervantes* 319

VI
LA SOFROLOGÍA Y SU APROXIMACIÓN AL PENSAMIENTO ORIENTAL

LA SOFROLOGÍA Y LA PSICOLOGÍA ORIENTAL. Breves consideraciones sobre la conciencia en el Yoga hindú y el Zen japonés. *A. Caycedo* . . 333

Pág.

DEL LIBRO "EL SECRETO DEL YOGA". Carta al Dalai Lama. *A. Caycedo* . 343
Respuesta del Dalai Lama 349
INTRODUCCIÓN A "LA INDIA DE LOS YOGUIS". Traducida de la edición india. *A. Caycedo* 351

EPÍLOGO

PUESTO DE LAS TERAPÉUTICAS SOFROLÓGICAS EN LA PSICOTERAPIA CONTEMPORÁNEA, *por el Profesor Dr. R. Sarró Burbano* 361

BIBLIOGRAFÍA 379

OTRAS OBRAS DE EDITORIAL SCIENTIA
DE INTERES EN SOFROLOGIA

Tratado de Hipnosis - Introducción a la Sofrología
de B. Stokvis y S. Montserrat Esteve

La Estructura de la personalidad
de Ph. Lersch

Psicología Social
de Ph. Lersch

El individuo enfermo
de A. Jores

COLECCION ENCICLOPEDIA SOFROLOGICA
(en prensa)

La India de los Yoguis
(Traducido de la edición india)
de A. Caycedo

El Secreto del Yoga
(Traducido de la edición india)
de A. Caycedo

La Relajación Dinámica
de A. Caycedo

Para información
EDITORIAL SCIENTIA
Calle Peligro, 39 - BARCELONA-12 - ESPAÑA